FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

414

Année 1905 — N° —

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 5 juillet 1905, à 1 heure

Par **Maurice BLOCH**

Ancien interne des Hôpitaux de Paris

LES

NÉOPLASMES MALINS PRIMITIFS

DE LA PLÈVRE

Président : M. ROGER, *professeur.*

Juges : MM. LANDOUZY, *professeur.*
TEISSIER et LABBÉ (MARCEL), *agrégés.*

Le candidat devra répondre aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS

23, PLACE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1905

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. DEBOVE.
Professeurs	MM.
Anatomie	P. POIRIER
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	HUTINEL. BRISSAUD.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	Mathias DUVAL.
Opérations et appareils	N...
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	GILBERT
Hygiène	CHANTEMESSE.
Médecine légale	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	DEJERINE.
Cathologie expérimentale et comparée	ROGER.
Clinique médicale	HAYEM. DIEULAFOY. DEBOVE. LANDOUZY.
Maladies des enfants	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND.
Clinique chirurgicale	LE DENTU. TERRIER. BERGER. RECLUS.
Clinique opthalmologique	De LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique d'accouchements	BUDIN. PINARD.
Clinique gynécologique	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON.

Agrégés en exercice.

MM.

AUVRAY	DUPRE	LEGUEU	RICHAUD
BALTHAZARD	DUVAL	LEPAGE	RIEFFEL (chef des trav. anat.)
BRANCA	FAURE	MACAIGNE	TEISSIER
BEZANÇON	GOSSET	MAILLARD	THIROLOIX
BRINDEAU	GOUGET	MARION	VAQUEZ
BROCA (André)	GUIART	MAUCLAIRE	WALLICH
CARNOT	JEANSELME	MERY	
CLAUDE	LABBE	MORESTIN	
CUNEO	LANGLOIS	POTOCKI	
DEMELIN	LAUNOIS	PROUST	
DESGREZ	LEGRY	RENON	

Le Secrétaire de la Faculté : M. GRISEZ.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

INTRODUCTION

Les néoplasmes primitifs de la plèvre sont considérés par tous les auteurs comme extrêmement rares, au point que leur existence même est admise avec une certaine réserve dans certains traités de pathologie. C'est ainsi que dans le traité de Charcot-Bouchard, M. Marfan exprime l'opinion que dans un grand nombre d'observations publiées sous ce titre, ce sont les alvéoles pulmonaires sous-pleurales qui étaient le point de départ de la néoplasie. M. Achard, dans son *Manuel de Médecine* (Art. sur le cancer du poumon) consacre au sujet qui nous occupe, ces simples lignes : « On connaît quelques cas de cancer primitif de la plèvre, lésion rare, constituée surtout par le sarcome, et qui s'observe ordinairement chez des sujets jeunes. »

M. Ménétrier est le seul (Traité Brouardel-Gilbert) qui ait, non seulement séparé les néoplasmes de la plèvre de ceux du poumon, mais encore consacré un chapitre spécial au cancer primitif de la séreuse.

Nous avons eu, au cours de notre année d'Internat dans le service de notre maître, le Dr Labadie-Lagrave,

l'occasion d'observer un cas absolument indéniable de cette affection si discutée : les lésions étaient en effet limitées à la plèvre pariétale, et il n'y avait aucune métastase, même ganglionnaire.

Nous avons recherché dans la littérature médicale les différents cas similaires, et nous avons cru intéressant de les comparer et d'essayer, après élimination de toutes les observations douteuses, d'en extraire une description d'ensemble. Notre intention première était, afin d'éviter toute cause de doute et d'erreur, de ne retenir que les cas identiques au nôtre, c'est-à-dire sans métastases : mais nous nous sommes bientôt aperçu que ces dernières siégeaient de préférence, soit sur les autres séreuses, soit dans des organes qui sont eux-mêmes rarement le point de départ de cancers primitifs, comme le foie et la rate ; même, dans ce dernier cas, elles sont presque toujours sous capsulaires, c'est-à-dire en somme dans le péritoine ; enfin, le plus souvent, elles sont en petit nombre, et de dimensions insignifiantes, si on les compare à l'étendue de la lésion pleurale. L'existence de l'entité pathologique qui nous occupe nous semblant suffisamment établie par la vingtaine de cas « purs » que nous avons pu réunir, nous y avons joint dans une deuxième catégorie les cas accompagnés de métastases, car en ne le faisant pas, nous aurions faussé notre description. D'ailleurs il n'y a aucune raison, *à priori*, pour que les néoplasmes de la plèvre ne puissent produire des métastases, comme toutes les autres tumeurs malignes.

Nous avons tenu à retraduire la plupart des observations d'après le texte original : nous avons cru cette précaution indispensable, ayant trouvé dans le dernier

travail allemand paru sur la question (Th. de Lambrecht) un tableau récapitulatif contenant un certain nombre de faits qui, indubitablement, ne devaient pas être retenus : tels le cas de Malassez intitulé « cancer encéphaloïde du poumon » et un cas de Gay appartenant manifestement à la carcinose miliaire du poumon. D'autres observations, quoique publiées sous le titre de « cancer primitif », nous ont semblé suspectes ou tout au moins douteuses : nous les publions cependant à la suite des autres, à titre de documents, et afin d'être complet.

Enfin il est un certain nombre de cas que nous n'avons pu nous procurer ; ce sont ceux de :

Leclaire (sur un cas de cancer de la plèvre consécutif à une pleurésie de longue durée).

Stewart et Adami (angiosarcome primitif).

Coats (cancer primitif).

Biggs (endothéliome).

Cohen (fibro-sarcome primitif).

Nous le regrettons surtout pour le premier dont le titre indique une évolution exceptionnelle.

REVUE HISTORIQUE ET CRITIQUE

Sans remonter à Laënnec, qui avait décrit des pleurésies cancéreuses, mais sans faire aucune allusion à une néoplasie primitive, nous trouvons dans la vieille littérature française des observations telles que celles de Lemaistre, de Musset (1850), de Lebert, et de Vidal, qui semblent se rapporter au sujet qui nous occupe : celle de Vidal notamment, où il est question d'épaississement inégal et en plaques sur les deux feuillets pleuraux, avec intégrité du poumon, mais dont on ne peut faire état, à cause de l'absence d'examen histologique. Lépine, en 1869, publie un cas de carcinome primitif de la plèvre chez un enfant, avec envahissement du péricarde et perforation de la veine cave supérieure, cas très discutable qui semble se rapporter plutôt à un néoplasme du médiastin.

En Allemagne, Rokitansky décrit sous le nom de cancer primitif :

D'une part, une dégénérescence en surface de la plèvre costale en une masse semblable à une pseudo-membrane tuméfiée, uniformément épaissie, ou inégale

avec aspérités, et qui se propage vers le hile pulmonaire et de là en profondeur jusque dans les parois bronchiques ; d'autre part des tumeurs de gros volume issues de la plèvre viscérale.

Mais c'est Wagner (1870) qui, le premier, donna, sous le nom de lymphadénome pseudotuberculeux, (tuberkelæhnliche lymphadenom) la description histologique d'une néoplasie, qui aurait les vaisseaux et fentes lymphatiques de la plèvre comme points de départ. Son travail passe inaperçu, et, dans les thèses françaises d'A de la Ménardière (1874) et Darolles (1877), il n'y est fait aucune allusion. L'observation de ce dernier, parue sous la rubrique de « cancer primitif de la plèvre propagé au poumon » n'est pas inattaquable, tout le lobe supérieur du poumon étant envahi ; il en est de même de celle de Schottelius (1874).

Schultz (1875) réexamine les préparations de Wagner et, en y joignant des cas personnels, fait une description complète du « cancer endothélial ».

Vers la même époque paraissent les travaux de Bostrœm et d'Eppinger, (1876) qui créa l'expression d'« endothéliome » ; ces deux observations sont histologiquement semblables, mais, pour la deuxième, le point de départ pleural ne paraît pas absolument démontré.

Le cas de Schweninger (1878) publié sous le nom de « lymphangite proliférante », a été trop incomplètement observé pour qu'on en puisse faire état : tout le système lymphatique (?) y était envahi : aussi ne peut-on voir avec certitude dans la plèvre le début du processus.

C'est à ce moment que paraît la thèse de R. Moutard-

Martin (1878), étude purement clinique, où les manifestations cancéreuses primitives ne sont pas isolées des secondaires : nous en avons extrait cependant une observation de Chwostek, qui, malgré l'absence d'examen histologique, paraît bien se rapporter au sujet qui nous occupe. Le cas de Savard (1879), semble concerner plutôt un néoplasme pulmonaire avec manifestations pleurales prédominantes ; mais celui de Bœhme (1880), publié sous le nom de « sarco-carcinome primitif », est nettement limité à la plèvre : il en est de même de l'observation de Greenish (1882), tandis que celle de Kauders (1880), nous paraît tout au moins sujette à caution.

Neelsen (1882) essaie d'établir la nature purement inflammatoire des lésions, quoique, dans son propre fait, l'existence de petites métastases viscérales semble infirmer *à priori* cette opinion : il est vrai qu'il crée pour les besoins de la cause les « métastases métaboliques ».

Vinet, dans sa thèse (1883), admet au contraire l'épithélioma p. de la plèvre, ce que paraît justifier un cas personnel.

Nous trouvons ensuite l'observation d'Hofmokl (1884), concernant un enfant de 7 ans et étiquetée « sarcome endothélial » ; celle de Collier (1885), qui n'entraîne pas la conviction à cause de l'existence d'un rétrécissement œsophagien d'origine « externe », mais dont l'examen microscopique n'est pas donné ; celles de Dieulafoy et de Gouguenheim (1886), dont la nature histologique est insuffisamment exposée.

Dutil (1887) publie un cas remarquable par une pseudo-guérison de plusieurs mois, très semblable à

celui de Lépine, et qui nous inspire les mêmes réserves. Avec Pitt (1887), nous sommes en présence d'un cas complexe, où au néoplasme s'associe une endocardite avec embolie cérébrale. Si l'auteur ne décrivait pas aux lésions pleurales une structure nettement cancéreuse, on penserait plutôt, par l'aspect général de l'observation, à une série d'infarctus : d'ailleurs la présence de noyaux cancéreux dans le foie, le rein droit, et la « sous-muqueuse » du jéjunum, contribue à le rendre encore plus suspect. Même observation pour le cas de Deruschinsky (1888), qui est dépourvu d'examen histologique, ainsi que ceux de Riedinger (1888).

Avec le cas d' « endothéliome » d'Engelbach (1891), les faits d'Hebb et de Frœnkel, (1892) nous trouvons une série mieux étudiée où le néoplasme est bien uniquement pleural, ou au moins limité aux séreuses (Hebb). Cliniquement ils sont presque identiques, mais tandis que les deux premiers auteurs admettent la nature cancéreuse vraie de la lésion, Frœnkel reprend l'opinion de Neelsen et compare le processus à une inflammation desquamative, semblable à celle des néphrites.

Harris (1893) revient à l' « endothéliome », et publie deux faits nouveaux : nous avons classé le n° 2 parmi les douteux à cause de l'infiltration néoplasique du poumon.

Rossier (1893) cherche à concilier les deux opinions, et dit, que si la forme et l'ordonnance des éléments néoplasiques sont celles du carcinome, l'allure générale de l'affection rappelle un processus inflammatoire à commencement diffus : en réalité son observation est loin de pouvoir être prise comme type, puisque, au néoplasme, s'est précisément surajoutée une infection pleu-

rale ayant nécessité une série de résections de côtes.

La thèse de Pétriaux (1894) traite des tumeurs de la plèvre en général ; celle de Brunati (1895) isole les sarcomes primitifs, et contient une observation déjà publiée antérieurement par Regnault (1887), qui, quoique étiquetée « sarcome », présente une disposition en surface comme les endothéliomes : c'est le seul cas de sarcome diffus que nous ayons recueilli.

Avec les thèses allemandes de Teixeira de Mattos, de Gebhardt, (1894) et de Pirkner, (1895) nous revenons à la conception de l'endothéliome, mais avec cette adjonction : le point de départ se trouve bien dans les voies lymphatiques, mais tous les éléments du tissu conjonctif contribuent à la formation du néoplasme, d'où le polymorphisme des lésions.

Peu après, (1897) Benda publie un cas où il voit nettement le processus partir de l'*endothélium de revêtement* de la plèvre ; et, se basant sur les théories embryologiques d'Hertwig, il assimile le cancer pleural aux vrais épithéliomas, tel que le cancer en nappe de l'estomac, qui s'étend aussi en surface et très peu en profondeur.

Mais son avis n'est pas suivi, et Glockner (1897) revient à l'endothéliome, que, tout en s'abstenant de conclusions fermes, il rapproche des sarcomes. Son important mémoire comprend cinq cas personnels, mais sauf l'un d'eux (obs. IV) ils ne paraissent pas très convaincants à cause de leurs trop nombreuses métastases. Contrairement à ce travail qui est surtout anatomique, le mémoire de v. Weismayr (1897) est consacré uniquement au côté clinique de la question. Aussi ne pouvons-nous faire état de ses observations, dont le

diagnostic (dans l'une d'elles le sujet vivait encore) n'est pas toujours suffisamment justifié.

Le cas de Mlodziewsky (1898) est un sarcome vrai ; celui de Lenhartz et Lochte est étiqueté « lymphangite proliférante » et rapproché par eux de celui de Frœnkel.

Le fait de Riedel (1898) est un « endothéliome papillaire », et ressemble à l'observation de Benda ; on y trouve de véritables proliférations de l'endothélium bordant ; mais l'auteur se rallie à l'opinion de la majorité, et comme Pirkner, insiste surtout sur le caractère polymorphe des coupes, qui rappellent tantôt le carcinome, tantôt le sarcome vrai.

Podack (1899) arrive à des conclusions plus fermes, et range résolument les endothéliomes parmi les sarcomes, en proposant la dénomination nouvelle de « sarcome endothélial alvéolaire ». Son observation n° 2 est douteuse, à cause de l'infection urinaire qui se surajoute au processus néoplasique.

L'observation de Fossard (1899) nous paraît être un des cas les plus typiques de néoplasie pleurale primitive malgré les réserves d'ordre purement théorique apportées par son auteur.

Les deux cas d'Israël-Rosenthal (1900) sont deux belles observations de sarcome vrai.

Enfin dans ces dernières années, en dehors du fait de Gutmann (1902), qui est peut-être le seul ayant trait à des tumeurs pédiculées de la surface pleurale, et que l'auteur sépare franchement de la classe des endothéliomes de Wagner, nous trouvons : les cas de Braun et de Kaufmann, (1901) les quatre observations de Delafield, (1902) l'étude complète de Ferrio et Rovere, qui concluent d'une manière formelle à l'origine endothéliale

de ces tumeurs ; et pour terminer : le fait de Meslay et Lorrain, (1903 où la lésion était bilatérale, et celui de Lambrecht, (1903) qui est le dernier travail publié sur la question.

Si nous résumons cet exposé historique, nous voyons qu'en France il n'existe guère que des faits épars, publiés soit sous le nom de sarcome, soit sous celui de cancer, le côté clinique dominant le point de vue anatomique.

En Allemagne, au contraire, on s'occupe surtout du côté histologique et histogénétique de la question, et pour donner une idée de l'accord qui y règne, nous n'avons qu'à énumérer les expressions adoptées pour désigner les néoplasmes primitifs de la plèvre :

Carcinome endothélial (Schultz, Wagner) ;

Lymphangitis prolifera (Frœnkel, Schweninger) ;

Lymphangitis carcinomatodes (Neelsen) ;

Sarco-carcinome (Bœhme) ;

Sarcome endothélial alvéolaire (Podack) ;

Enfin : Endothéliome (Eppinger et le plus grand nombre).

En réalité, si l'on compare tous les faits publiés, on arrive à distinguer deux variétés de néoplasmes pleuraux primitifs :

1° Des sarcomes, presque toujours volumineux et bien limités.

2° Des néoplasies diffuses, envahissant la séreuse en surface, et que nous désignerons jusqu'à nouvel ordre sous le nom d'endothéliomes, terme le plus communément employé. Nous n'attacherons *à priori* à l'adoption de cette terminologie aucune signification pathogénique, quitte à la justifier plus tard ou à la condamner.

Malgré les cas de Benda et de Gutmann, qui diffèrent très sensiblement des précédents, nous ne pensons pas pouvoir décrire séparément un « carcinome de la plèvre » et nous pensons que les faits qui ont été publiés avec la dénomination simple de cancer primitif, doivent être rangés dans la deuxième catégorie, dont ils ont tous les caractères cliniques et anatomiques, l'examen histologique étant en général trop sommaire.

ÉTIOLOGIE ET PATHOGÉNIE

Ce chapitre sera nécessairement très court, car pour ces tumeurs comme pour tous les néoplasmes, les notions pathogéniques sont rudimentaires.

L'analyse des 47 observations dont nous nous sommes servi pour notre étude donne les chiffres suivants:

Pour le sexe :	hommes . . .	30 cas
—	femmes. . . .	17
Pour l'âge : de	0-20 ans. . .	Pas
—	20-30 ans. . .	2 cas
—	30-40 ans. . .	6 cas
—	40-50 ans. . .	16 cas
—	50-60 ans. . .	13 cas
—	60-70 ans. . .	9 cas
—	70-80 ans. . .	1 cas

Cette statistique accuse donc près de 2/3 d'hommes pour un peu plus de 1/3 de femmes.

Quant à l'âge, il y a un maximum très net entre 40 et 60 ans, âge habituel de l'éclosion des cancers.

Pour les sarcomes, sur 16 observations que nous

avons réunies, nous trouvons 10 hommes pour 6 femmes, proportion sensiblement égale à la précédente.

Mais pour l'âge, le maximum s'est déplacé et se trouve reporté entre 20 et 30 ans ainsi que le montre le tableau suivant :

1 à 10 ans.	1
10 à 20 ans.	3
20 à 30 ans.	6
30 à 40 ans.	2
40 à 50 ans.	0
50 à 60 ans.	3
60 à 70 ans.	1
	16

Et, tandis que dans la première catégorie, nous n'avions pas de cas entre 0 et 20, nous en trouvons ici 4 c'est-à-dire le 1/4 ; le sarcome est donc de préférence une affection de l'adolescence et de la jeunesse.

Côté atteint. — Enfin, pour en terminer avec les statistiques, nous avons trouvé les chiffres suivants, indiquant que le côté droit est un peu plus souvent atteint que le gauche, et que les lésions sont bilatérales dans 1/10e des cas.

	Endothéliomes.	Sarcomes.
Côté droit.	24	7
Côté gauche	19	6
Bilatéralité	5	1
	48	14

Au point de vue pathogénique, nous n'avons aucune notion précise. Dans trois observations, (Podack Schultze-Vel. et Rosenthal) nous trouvons un traumatisme invoqué par le malade comme point de départ. Rien ne permet de croire qu'il y ait là une relation de cause à effet et non une simple coïncidence ; d'ailleurs il est impossible de tirer des conclusions de trois faits isolés.

ETUDE CLINIQUE

Nous confondrons dans une même description les sarcomes et les endothéliomes : les différences sont trop peu marquées, et les sarcomes sont en trop petit nombre pour permettre une étude séparée.

DÉBUT. — Il est toujours insidieux et progressif : cependant, dans trois cas, nous l'avons vu, on note un traumatisme comme point de départ, et dans quatre faits, la maladie semble avoir débuté d'une manière presque aiguë, avec frissons et fièvre, à la manière d'une pleurésie (Brunati, Lenhartz, Dieulafoy, Kauders).

Le plus souvent, le malade n'est même pas interrompu dans ses occupations. Cependant il se fatigue plus vite qu'à l'habitude, il ressent une soif d'air (Ferrio) qui l'oblige à s'arrêter un moment, en même temps qu'une sensation de gêne dans le thorax, une pesanteur douloureuse mal définie. Pas d'expectoration le plus souvent, un peu ou pas de toux : la fièvre aussi est absente. Mais bientôt, à ces signes qui sont ceux, atténués, de toute réaction pleurale, s'adjoignent des troubles d'ordre général : perte de l'appétit, amaigrissement inexpliqué, dénutrition de plus en plus rapide.

Cependant le point douloureux s'accentue, la gêne

respiratoire devient de la dyspnée, intermittente d'abord, puis continue. Tout travail devient impossible. Le malade s'affaiblit progressivement et c'est à ce moment qu'il se décide en général à entrer à l'hôpital, quelques semaines à peine après l'apparition des premiers malaises.

PÉRIODE D'ÉTAT. — L'aspect général du malade, à ce moment, n'a rien de caractéristique : on trouve, d'une part des signes de cachexie plus ou moins avancée, joints à un état dyspnéique et même pseudo-asphyxique généralement très prononcé; d'autre part tous les symptômes physiques d'un volumineux épanchement pleural. Suivant les cas et la combinaison de ces éléments, on aura l'impression d'un phtisique (Greenish, Pirkner), ou d'un asystolique (Dutil); d'autres fois, (Lambrecht) l'état général paraîtra relativement satisfaisant.

Analyse des symptômes.

Signes fonctionnels. — La *dyspnée* varie d'intensité : le plus souvent violente et continue, elle provoque le décubitus latéral du côté malade, afin de permettre la suppléance du poumon sain; d'autres fois toute position couchée est impossible, et le patient s'asseoit sur le bord du lit à la manière d'un asystolique; d'autres fois la soif d'air est relativement peu considérable, et l'on voit d'énormes épanchements presque tolérés, et permettre le sommeil. Enfin et exceptionnellement, on a observé de véritables accès de pseudo-asthme.

La *douleur thoracique* est plutôt une sensation de

lourdeur qu'une douleur vraie : aussi observe-t-on rarement le véritable point de côté. Cependant (et surtout dans les cas de sarcome), elle peut revêtir la forme de la névralgie intercostale (Darolles, Deruschinsky) ou se propager le long du phrénique (Brunati).

La toux est ici un symptôme de second plan, sans caractère particulier : elle est notée dans presque tous les cas, mais rare, sèche comme la toux pleurétique, exceptionnellement quinteuse, (Brunati) quoique les ganglions médiastinaux soient souvent hypertrophiés ou cancéreux.

L'expectoration est toujours insignifiante, sinon absente, muqueuse, ou par exception muco-purulente. Dans aucun cas on n'a observé l'expectoration dite « gelée de groseille », qui est regardée comme pathognomonique des néoplasmes pleuro-pulmonaires. Mais dans quelques observations (Glockner IV, Savard, Harris II, Darolles, Gebhardt),il y aurait eu des crachats striés de sang ou même une véritable hémoptysie. On peut l'expliquer par simple congestion de voisinage, et dans le cas de Savard par exemple, l'examen du poumon à l'autopsie démontra son intégrité : mais dans presque tous ces faits, il y avait un noyau pulmonaire métastatique; aussi, tout en ne repoussant pas la possibilité de ces métastases, avons-nous relégué ces observations parmi les douteuses. Nous considérerons donc que l'hémoptysie doit faire rejeter *à priori* l'idée d'une néoplasie uniquement pleurale, et inversement, que le caractère négatif de l'expectoration peut avoir, joint à l'ensemble des autres caractères cliniques, une importance diagnostique considérable.

Signes physiques. — Ce sont ceux d'un volumineux épanchement de la plèvre.

A l'*inspection*, on constate le plus souvent une immobilisation relative ou totale d'une moitié du thorax, jointe à une voussure plus ou moins apparente de la région. Cependant Frœnkel, le premier, a noté un méplat de la paroi dû à la rétraction : il insiste même sur ce caractère au point d'en faire un symptôme distinctif. Dans les deux cas, le thorax est donc asymétrique, mais la déformation est sans rapport absolu avec l'abondance de l'épanchement. Dans deux observations, on signale une scoliose, sans doute de compensation, comme dans beaucoup d'exsudats anciens (Schultz, Glockner III). La circulation collatérale et l'œdème thoracique sont notés exceptionnellement, et semblent plus fréquents dans les cas de sarcome (Pétriaux, Leube).

Palpation. — Les vibrations sont diminuées ou abolies dans la partie inférieure ou toute la hauteur du thorax, suivant les cas.

Les *adénopathies* sont inconstantes. Dans la grande majorité des faits indiscutables, on note l'absence de tout engorgement ganglionnaire. Les groupes trouvés atteints dans quelques cas sont : les axillaires (Vinet), les sous-maxillaires et cervicaux profonds (Glockner IV), et les sus-claviculaires (Frœnkel, Dutil, Harris). Deux fois ceux-ci étaient pris en même temps que les axillaires (Darolles, Deruschinsky).

Percussion. — La matité est le plus souvent complète et absolue, avec ou sans skodisme sus-claviculaire ; sa forme ne serait pas nettement parabolique comme dans la pleurésie simple (Schultz) ; elle ne changerait pas après les ponctions (Engelbach). Excep-

tionnellement il n'y a que de la submatité (T. de Mattos). Dans ce cas d'ailleurs, il n'y avait pas d'épanchement appréciable ; et l'examen donnait plutôt l'impression d'un épaississement de la plèvre.

Auscultation. — Le murmure vésiculaire est aboli et remplacé par un souffle pleurétique. La pectoriloquie aphone et l'égophonie sont notés comme dans tout exsudat pleural.

On observe enfin des signes de compression thoracique comme les dilatations des jugulaires, (Kauders) et des

Déplacements d'organes. — Dans le cas d'épanchement du côté droit, le foie est toujours abaissé de quelques travers de doigt (7 c/m. dans le cas de Riedel) ; le cœur peut être refoulé à gauche.

Si l'épanchement est à gauche, le cœur est refoulé à droite, l'espace de Traube disparaît, mais peut persister par suite de la rigidité des feuillets pleuraux. Nous n'insistons pas sur tous ces signes physiques qui n'ont rien de particulier. Comme dans les pleurésies, ils peuvent revêtir toutes les modalités possibles, suivant l'abondance de l'épanchement, son ancienneté, et suivant l'épaisseur de la paroi.

Ces signes s'effacent devant la nécessité de la ponction exploratrice.

Épanchement. — Il existe en effet dans la presque totalité des cas. Sur 40 observations d'endothéliome contenant des renseignements suffisants, il y en a 38 où l'on fit une ponction au moins, et qui fut positive, et même dans les deux cas qui restent, on trouva du liquide à l'autopsie (Vinet, T. de Mattos) : on peut en conclure que l'exsudat est une règle absolue en prati-

que. Il n'en est pas tout à fait de même dans les cas de sarcome : sur 15 observations, la ponction fut négative 4 fois, c'est-à-dire dans 1/4 des cas.

Couleur et nature de l'exsudat. — Il est presque toujours hémorrhagique, ainsi que le montre la statistique suivante :

	Endothéliomes	Sarcomes
Exsudat hémorrhagique	25	8
— hémorrhagique puis purulent	1	1
— séreux	6	
— séreux puis hémorrhagique	4	2
— infecté	2	
	38	11

La proportion est sensiblement la même pour les deux classes de néoplasmes.

Dans les deux cas où le liquide était infecté, c'était à la suite de ponctions non aseptiques.

L'abondance du sang contenu dans l'exsudat est variable, d'où différentes nuances de coloration, depuis la teinte à peine rosée, (Glockner) jusqu'au grenat foncé. Dans près de la moitié des cas, on a noté une couleur très foncée, semblable à celle du sang veineux pur, et rendant le liquide presque opaque. Ce caractère, auquel Frœnkel déjà attachait une grande importance, existait dans notre observation personnelle : la quantité de sang était si considérable que le dépôt globulaire obtenu par le repos, atteignait près du tiers de la

hauteur du liquide dans le bocal. La quantité de fibrine contenue dans l'exsudat est très faible, ou même inappréciable : Aussi ne se coagule-t-il pas le plus souvent après l'extraction, et se clarifie-t-il totalement dans sa couche supérieure, comme dans notre cas.

Quantité de liquide. — L'épanchement est presque toujours très abondant : on a retiré d'un seul coup jusqu'à 3 litres 700 (Gutmann). La reproduction du liquide après ponction est extrêmement rapide : ce qui est dû, en général, à la rigidité de la plèvre, empêchant l'accolement de ses deux feuillets ; aussi le soulagement qui lui succède est-il rarement durable. Assez souvent il est à peine sensible : presque toujours la dyspnée revient le lendemain, atteint rapidement l'intensité qu'elle avait avant la ponction, et amène bientôt la nécessité d'une deuxième évacuation. C'est ce qui est noté dans plus de la moitié des cas ainsi que l'indique le tableau :

Nombre de ponctions	Endothéliomes	Sarcomes
—	—	—
1	16 cas	6
De 2 à 4	16 »	3
Plus de 4	5 »	2
	37 »	11

La moyenne est de deux, trois ponctions. Les chiffres les plus forts auxquels on soit arrivé sont de 9 (Brunati), 11 (Podack), 16 (Benda), 26 (Meslay) et enfin 34 (Dieulafoy). Dans ce dernier cas, remarquable à plus d'un point de vue, on obtint même une sorte de tarissement de l'épanchement, suivi d'une pseudo-guérison

clinique de trois mois : mais bientôt le malade revint et mourut rapidement.

Cette succession de ponctions n'est pas sans contribuer dans une certaine mesure à hâter l'affaiblissement général du patient, puisque, de par la forte proportion de sang contenue dans le liquide, elles constituent de véritables saignées. Aussi Ferrio a-t-il proposé de n'évacuer que la quantité nécessaire pour parer aux accidents d'asphyxie immédiatement menaçants, et dans sa deuxième observation, après une première ponction de 800 grammes, ne fit-il plus que de petites ponctions répétées de 200 à 300 grammes. Cette conduite est d'autant plus rationnelle que dans certains cas, (comme dans notre fait personnel), on est obligé d'arrêter l'évacuation presque dès le début, à cause des menaces de syncope.

Enfin certains auteurs (Podack, Schwalbe) ont remarqué que la force à déployer pour faire pénétrer le trocart dans la cavité thoracique augmentait avec les ponctions successives : cette résistance croissante de la paroi indiquerait une augmentation rapide de l'épaisseur du feuillet pariétal de la plèvre, et pourrait servir au diagnostic. En réalité, outre que ce signe est difficile à apprécier, il se produit dans toutes les vieilles pleurésies, et ne saurait être retenu.

La proportion de sang, par contre, augmente nettement après chaque ponction, quelquefois même brusquement et presque sans transition, comme dans le cas de Riedel, où l'exsudat est successivement rouge clair, puis rouge foncé dès la deuxième évacuation.

Examen cytologique du liquide. — Il a été fait d'une manière complète dans très peu d'observations : les

éléments trouvés sont, d'abord, ceux du sang, en quantité variable ; les variétés leucocytaires ne sont jamais isolées, sauf dans le cas de Gutmann, (égalité de lymphocytes et de polynucléaires) qui est d'ailleurs à mettre dans une classe à part, comme nous le verrons.

En outre, dans presque tous les cas où l'examen a été pratiqué (15 sur 17), on a noté des éléments surajoutés : tantôt des cellules volumineuses, isolées ou en placards, à noyau mal coloré, qui sont manifestement des cellules endothéliales de la plèvre ; tantôt des cellules plus altérées et plus grandes que des cellules endothéliales, contenant de nombreuses vacuoles graisseuses, et un ou plusieurs noyaux de forme polymorphe, et qu'on rapproche des cellules cancéreuses. Pour certains observateurs, (Frœnkel, Hebb, Schultze-Vellinghausen, Meslay) leur nature néoplasique est certaine et acquiert dès lors une grande importance diagnostique. Podack y a constaté la réaction du glycogène et des figures de karyokinèse ; mais cette dernière assertion se rapporte à un cas que nous avons rangé parmi les douteux.

Enfin, la graisse peut se trouver dans l'exsudat à l'état libre, (Lenhartz, Glockner) en grains isolés, ou en amas, que Frœnkel compare à des mûres, et qu'il considère comme presque caractéristiques.

Dans notre cas personnel, nous avons observé, outre les éléments du sang, des éléments vacuolaires, à noyau difficile à colorer, qui étaient certainement des cellules endothéliales altérées : leur nature néoplasique nous avait paru impossible à affirmer du vivant de la malade ; *à postériori*, et après comparaison avec les observations antérieures, il nous semble rationnel de l'admettre.

Mais de toutes façons, la cytologie des épanchements est de date trop récente, et le nombre de faits probants trop petit, pour qu'on puisse tirer de ce qui précède des conclusions fermes, et donner une formule caractéristique pour les néoplasmes primitifs de la plèvre. Notons cependant que dans aucune de nos observations, on ne signale d'éléments semblables à ceux que décrivent Labbé, Delille et Aguinet dans un cas de sarcome secondaire,(*Soc. anat.*, 1902) où de grandes plaques à un ou plusieurs noyaux contenaient des corps en virgule ou en faucille, des débris cellulaires et même des globules rouges. D'ailleurs le liquide n'a été examiné dans aucun de nos faits de sarcome ; tous les examens cités se rapportent à l'endothéliome.

Des *cultures et inoculations* du liquide pleural n'ont été faites que dans le cas de Meslay, et sont restées négatives.

Transformation du liquide. — Nous avons déjà noté l'augmentation de la proportion de sang. La transformation d'un épanchement séreux en hémorrhagique a été observée six fois sur quarante-neuf observations, (endothéliomes et sarcomes réunis) tantôt progressivement, tantôt sans transition comme dans le cas de Dalafield, où l'on trouve les deux extrêmes (coloration claire, puis liquide brun foncé à la deuxième ponction).

Trois fois (Rossier, Pirkner, Glockner III) le liquide était purulent, toujours à la suite d'infection exogène ; la transformation purulente s'est accomplie sur un épanchement hémorrhagique dans le cas de Rossier.

Symptômes d'ordre général. — *Fièvre.* — La température est normale ou tout au moins subnormale.

Elle oscille, dans ce cas, entre 37°4 et 38°2 le soir. Faut-il l'attribuer à la résorption des produits toxiques fabriqués par le tissu néoplasique? Peut-être. Mais très souvent elle est l'expression d'une infection surajoutée, soit gastro-intestinale, (comme dans le cas de Lambrecht, où elle monta jusqu'à 39°, soit plutôt pulmonaire : on trouve quelques râles de congestion aux bases, ce qui ne doit pas étonner, vu l'âge moyen des malades. Dans un cas de Podack, le poumon de l'autre côté contenait des foyers de broncho pneumonie gangréneuse, consécutifs à une infection urinaire.

L'infection directe de l'épanchement peut aussi donner une ascension de température, même quand elle est très légère et ne produit pas une transformation purulente de l'exsudat. La température s'abaisse souvent à la fin, car les malades meurent dans le collapsus et l'hypothermie.

Le *pouls* est toujours petit et rapide, (110 dans notre cas personnel) ; et les chiffres observés varient entre 100 et 130, même en l'absence de toute réaction thermique appréciable : il y a en quelque sorte dissociation du pouls et de la température (Podack I). En dehors de la majorité des faits où l'abondance de l'épanchement, et la compression du cœur et des gros vaisseaux, suffisent à expliquer cette tachycardie, on a trouvé assez souvent, soit une propagation du néoplasme à la paroi péricardique, soit une péricardite simple, exsudative, ou fibrineuse, presque toujours terminale. (Engelbach, Frœnkel, obs. personnelle) Deux fois enfin il y avait de petites métastases myocardiques dans la paroi ventriculaire (Dieulafoy), et une fois une endo-

cardite aiguë surajoutée (Pitt): mais ce dernier cas est sujet à caution.

Examen du sang. — Il n'a été pratiqué que dans trois cas récents: Meslay note une légère polynucléose; Ferrio (cas I) a fait deux examens et a trouvé une légère diminution des hématies (4.200.000) avec leucocytes normaux (5.600); puis la deuxième fois

Gl. R.	3.250.000
— B.	8.500
Hémoglob.	75
Valeur globulaire . . .	1.02

Dans notre observation personnelle l'état d'anémie était des plus prononcés, puisque les chiffres observés étaient de

Gl. R.	1.025.000
B.	15.000

Il y avait en outre 77. 3 0/0 de polynucléaires, c'est-à-dire une légère polynucléose.

L'*hématospectroscopie* fut pratiquée dans notre cas par le Dr Porge et donna le chiffre extrêmement faible de 3, 40 0/0 pour le taux d'hémoglobine. Il y avait de l'oxyhémoglobine réduite en grande abondance.

La durée de la réduction fut impossible à déterminer à cause de la cyanose des extrémités.

En somme, on retrouve dans ces trois faits, ébauchés ou accentués, les caractères suivants : diminution progressive du nombre des hématies, augmentation parallèle des leucocytes avec légère polynucléose, qui font rentrer cette formule hématique dans la catégorie des formules néoplasiques en général, si tant est qu'on

puisse tirer des conclusions d'un si petit nombre de faits.

Les *urines* ont toujours été normales, sauf dans les cas de Meslay, d'Engelbach, où il y avait un peu d'albuminurie, et dans celui de Podack (II) où il y eut de la pyurie à la fin : ce sont de véritables complications, sans aucun rapport avec l'affection principale. Dans aucun cas on n'a fait d'analyse complète des différents éléments salins. Leur pourcentage aurait sans doute traduit l'état de dénutrition profonde du malade.

Métastases. — Nous traiterons ce chapitre complètement avec l'anatomie pathologique, car cliniquement elles ne sont presque jamais diagnostiquées, étant asymptomatiques. Cependant, il faut en excepter les cas de Schultz, de Podack, et de Darolles, qui virent de petits nodules sous-cutanés ou intramusculaires (dans l'aisselle et sur le bras). De même A. de la Ménardière décrivit de petits noyaux intradeltoïdiens et crural, Podack et Vinet des greffes aux lieux de ponction (ces dernières sont plutôt des inoculations que de vraies métastases).

MARCHE — DURÉE — COMPLICATIONS

L'évolution des néoplasmes primitifs de la plèvre est progressive et rapide : nous avons déjà cité le cas exceptionnel de Dieulafoy, où il y eut une rémission apparente, due à la non-reproduction de l'exsudat après de nombreuses ponctions. Sa durée totale fut de dix-neuf mois. En dehors de ce fait, citons encore ceux de Rossier (9 mois), Delafield (15 mois), et Lenhartz (2 ans). Ce sont des durées exceptionnelles, car la moyenne est de quelques mois à peine, parfois même de quelques semaines : dans notre cas personnel, le temps de séjour à l'hôpital ne fut que de dix-huit jours, la malade étant arrivée asphyxique et très affaiblie. Glockner cite deux faits où la mort survint trois et quatre jours après l'entrée. En somme tout en tenant compte du caractère insidieux du début, et de la latence de la maladie pendant les premières semaines, on voit que l'évolution est plus rapide que celle de la plupart des cancers.

Cela s'explique, en dehors de l'action cachectisante de tous les néoplasmes au moyen de leurs sécrétions

cellulaires encore mal connues, par l'abondance du sang épanché dans la plèvre et par la gêne que sa reproduction presque immédiate apporte aux fonctions circulatoire et respiratoire.

La *cachexie terminale*, n'a aucun caractère spécial : le *teint jaune paille* est rarement noté : par suite de l'évolution rapide, le malade n'a pas le temps d'arriver à ce degré de dénutrition extrême que caractérise, par exemple, le cancer de l'estomac.

Les *œdèmes terminaux* sont exceptionnels,(Glockner, Dumarest, Engelbach) et encore dans ce dernier cas étaient-ils plutôt fonction d'une néphrite chronique concomitante, que de la cachexie.

On a signalé encore la phlébite (Dieulafoy), le muguet (Pétriaux, observ. pers.), le purpura (obs. pers.) et enfin de véritables complications telles que : le *pneumothorax* (à la suite de ponctions répétées, Podack),la *pleurésie purulente*, ayant évolué spontanément vers l'empyème de nécessité, (Ferrio) ou ayant nécessité l'opération de l'empyème avec résections costales (Pirkner, Benda, Rossier) : dans la dernière il y eut jusqu'à cinq opérations successives pratiquées par le professeur Roux (de Lausanne) ; enfin l'*infection urinaire* surajoutée (Podack) avec abcès miliaires des reins et abcès métastatiques.

L'évolution a encore pu être accélérée par la coexistence d'une néphrite chronique (Engelbach), d'une cirrhose hépatique larvée (cas pers.), d'une péricardite latente.

Dans le cas si complexe et discutable de Pitt, il y eut une hémiplégie consécutive à une embolie venant de l'endocarde, c'est-à-dire étrangère au néoplasme.

Dans celui de Blumenau (sarcome) il y eut paraplégie par compression de la moelle.

Pronostic. — Il est toujours fatal : les cas qui n'ont pas été suivis de mort comme ceux de v. Weismayr étaient sans doute des erreurs de diagnostic.

La mort peut survenir par suite des différentes complications que nous avons énumérées : elle est le plus souvent la conséquence de la cachexie progressive et de la dénutrition rapide. Trois fois on a noté la mort subite (Schultz, Glockner III, T. de Mattos).

DIAGNOSTIC

Il est impossible de poser, d'une manière ferme et absolue, le diagnostic de néoplasme primitif de la plèvre ; eût-on toutes les probabilités cliniques, on ne peut jamais affirmer que l'autopsie ne révélera pas dans un autre organe quelque noyau primitif resté latent.

En pratique, les faits se présentent de la manière suivante : on est en présence d'un malade de 40 à 60 ans ; le début a été latent ; on constate des signes d'épanchement et on fait une ponction exploratrice : elle donne un liquide hémorrhagique, et on se trouve dès lors en présence de trois hypothèses : tuberculose, hématome simple, néoplasme pleuro-pulmonaire. On élimine les deux premières hypothèses ; et on suppose le poumon intact, s'il n'y a pas d'expectoration. L'existence d'adénopathies, l'anémie, l'aspect général confirme le diagnostic de néoplasme. Mais est-il primitif ou secondaire ? L'exploration attentive de tous les organes ne révèle rien ; on ne trouve aucune cicatrice. On a le droit, dès lors, de penser à un néoplasme primitif de la plèvre, mais on ne peut arriver à la certitude.

Y a-t-il des signes auxquels il faille attacher une importance prédominante ? La réponse est évidemment négative après ce qui précède, mais il y a un ensemble de caractères dont la coexistence crée de fortes présomptions. Ce sont :

1° La couleur foncée de l'épanchement, due à la forte proportion de sang contenue, et l'aspect semblable au « sang veineux ».

2° La présence des éléments cellulaires que nous avons décrits : grosses cellules à un ou plusieurs noyaux, avec vacuoles et inclusions graisseuses, pouvant présenter la réaction du glycogène.

3° La reproduction rapide de l'épanchement, et l'absence de soulagement après la ponction.

4° L'augmentation progressive et rapide de la quantité de sang contenue dans l'exsudat.

5° L'examen du sang indiquant une anémie profonde avec diminution du taux de l'hémoglobine, et leucocytose légère.

Tous ces signes existent dans les néoplasmes secondaires, et sont donc surtout des signes de cancer, mais, joints à l'absence d'expectoration et à l'intégrité des autres organes, ils constituent un syndrome qui a une certaine valeur.

Nous attachons moins d'importance à :

1° La rétraction de la paroi (Frœnkel) qui s'observe également dans les vieilles pleurésies, et surtout les tuberculeuses.

2° La résistance croissante de la paroi à la pénétration du trocart, et la profondeur à laquelle il faut pénétrer (Schwalbe), car ce signe est trop difficile à appré-

cier et peut se produire aussi dans les pleurésies de longue durée.

3° La production de nodosités aux points de ponction (Ferrio, Vinet, Podack) est exceptionnelle, et a été observée aussi dans des cas de pleurésies non cancéreuses : ce sont alors de petites tumeurs inflammatoires. Cependant dans un cas (Ferrio), on a fait une biopsie qui a permis d'établir le diagnostic de néoplasme.

Enfin Ferrio, après A. de la Ménardière, a proposé le harponnage de la paroi, à l'aide d'un trocart à encoche qu'il a fait construire spécialement, et qui lui a permis dans un cas de recueillir un lambeau de la plèvre costale dégénérée, et de formuler le diagnostic d' « endothéliome ». Ce procédé ne nous paraît ni indispensable, ni absolument inoffensif, car la clinique seule suffit en général à diagnostiquer un néoplasme pleural, tandis que même le harponnage ne permet pas d'établir indiscutablement son caractère *primitif*.

Nous n'entrerons pas dans le détail du diagnostic différentiel, qui n'est autre que celui des pleurésies hémorrhagiques : il a été traité maintes fois depuis la thèse de R. Moutard-Martin. Nous faisons abstraction, en effet, des quelques faits où l'épanchement était séreux, et qui étaient indiagnostiquables, à moins de constater directement la lésion après thoracotomie (comme dans le cas de Benda).

Dans les cas où la ponction reste blanche, il faudra penser aux néoplasmes du médiastin, aux tumeurs du foie, à l'anévrysme de l'aorte, à l'actinomycose? (Israël), à un néoplasme pulmonaire central, et enfin à la tuberculose massive. Ce diagnostic est à faire surtout dans

le cas de sarcome, car nous avons vu que, dans un quart des cas, il n'y a pas d'épanchement.

Pour les cas les plus fréquents, accompagnés d'épanchement hémorrhagique, c'est encore de la pleurésie tuberculeuse, de l'hématome simple, de la pachypleurite alcoolique, cirrhotique, brightique qu'il faudra les différencier. L'hématome ne se reproduit pas après ponction et guérit, la pachypleurite est rare et donne lieu à des épanchements cloisonnés ; la tuberculose est plus fréquente que le cancer : en l'absence des signes que nous avons énumérés, la recherche des antécédents et des stigmates habituels de la maladie, la recherche du bacille de Koch, l'inoculation du liquide et sa formule cytologique, enfin l'examen du sang, dont la valeur dans les néoplasmes primitifs n'est pas encore fixée, mais qui dans notre cas personnel nous a été d'un grand secours, seront les éléments du diagnostic.

Nous ne parlons que pour mémoire des cas pseudo-aigus car les maladies dyscrasiques hémorrhagipares qui pourraient simuler un néoplasme sont assez rares, et ont des allures qui permettent, en général, de les diagnostiquer.

Quant à différencier les sarcomes des endothéliomes, nous avons vu qu'il y avait des moyennes distinctes pour l'âge, que le sarcome restait plus souvent sans réaction exsudative de la plèvre, que les signes de compression du médiastin y sont plus accentués, de même que la douleur ; mais il est si rare, qu'en pratique on ne le diagnostiquera pas.

ÉTUDE ANATOMIQUE

1° Sarcomes.

Caractères macroscopiques.

Ils se présentent le plus souvent sous la forme de tumeurs volumineuses, atteignant les *dimensions* d'une tête d'enfant (Kaufmann) et même d'une tête d'homme (Is.-Rosenthal, Hofmokl) : dans le cas de ce dernier elle atteignait 20 centimètres de diamètre. Dans deux cas on indique le *poids* qui était de 3 kilogrammes (Blumenau) et 3 k. 600 (Dumarest). Une seule fois le sarcome était *disséminé* et formait un semis de noyaux sur toute la surface pleurale (Brunati-Regnault).

La *consistance* de ces tumeurs est tantôt ferme (Dumarest), tantôt molle (Hofmokl, Blumenau) ; leur surface lisse (Mlodziewski) ou mamelonnée (Dumarest, Blumenau, Percy); leur couleur blanc-grisâtre, rosée par endroits.

Tantôt la plèvre semble comme engainer le néoplasme, tantôt on trouve une grosse masse ouverte dans la cavité pleurale, et que l'on compare à de la

cervelle de mouton (Pétriaux), ou à de la pulpe cérébrale (Brunati).

Le *poumon* sous-jacent est presque toujours rétracté, atélectasié, sans lésions : dans deux observations seulement il contenait un ou plusieurs petits noyaux sarcomateux. Dans celle de Dumarest, toute la partie inférieure du poumon était englobée dans la tumeur, qui avait envahi aussi une partie du médiastin. Dans le cas de Demange il y avait quelques noyaux autour des bronches, le tissu pulmonaire restant intact.

Les *propagations* de ces sarcomes se font vers le péricarde pariétal (Pétriaux), le diaphragme (Kaufmann, Blumenau), les côtes et la colonne vertébrale : dans ce cas il y avait compression de la moelle et paraplégie avec troubles sphinctériens.

Des *métastases* ont été observées dans le foie (3 fois), le poumon du côté opposé (Rosenthal), les reins et la rate, les muscles du dos, les ganglions du hile (une fois).

Caractères microscopiques.

Nous trouvons les désignations suivantes :

Sarcome	1 fois.
Fibro-sarcome	2 —
Sarcome fibro-cellulaire. .	3 —
— fuso-cellulaire. .	3 —
Angio-sarcome	1 —
Myxo-sarcome	1 —
Sarcome colloïde	1 —
Sarcome endothélial . . .	1 —

Ce dernier cas (Hofmokl) se produisit chez un enfant de 7 ans et était un sarcome alvéolaire à cellules rondes. Nous ne croyons pas, malgré l'épithète « endothélial », pouvoir le joindre aux endothéliomes, comme l'ont fait Glockner et Lambrecht.

2° Endothéliomes.

A. — *Caractères macroscopiques.*

Plèvres. — Le fait dominant, dans toutes les observations, est un épaississement des feuillets pleuraux aussi bien viscéral que pariétal ; d'autres fois (comme dans notre cas personnel) la plèvre pariétale semble seule intéressée.

L'épaisseur est loin d'être uniforme : elle atteint son maximum le plus souvent sur la plèvre diaphragmatique (2 c/m., Schultze-Velling.), (3 1/4 c m., Lambrecht). Ces chiffres sont exceptionnels, et la moyenne est de 3-4 m/m. On trouve aussi des épaississements limités, en forme de plaques (Glockner).

La surface pleurale peut être lisse (Schultze). Mais la plupart des auteurs décrivent des sortes de bandes d'aspect scléreux et même cartilagineux (Podack, Greenish) : ces trabécules affectent les directions les plus variées, et limitent entre elles de petites dépressions qui deviennent quelquefois de véritables excavations en forme de marmite (Eppinger). L'ensemble a un aspect gaufré et aréolaire qui éveille la comparaison avec une vessie à musculature hypertrophiée (Wagner, Frœnkel).

Souvent (16 fois sur 49) les lésions en restent là et

la plèvre a l'aspect d'un sac membraneux plus ou moins rigide, (Fossard) et pouvant se détacher en une seule pièce, malgré les adhérences, de consistance assez ferme, rappelant le cuir.

Les autres fois (2/3 des cas) il existe de petits nodules néoplasiques: on les trouve comme enchâssés dans la paroi pleurale, et quelquefois si petits qu'il faut examiner la plèvre par transparence pour les apercevoir nettement. D'autres fois ils sont aplatis, déprimés en leur centre et comparables à des pièces de monnaie; enfin ils peuvent être saillants comme de petits champignons sans tige.

Leurs dimensions varient depuis celles d'un pois jusqu'à celles d'une noisette : exceptionnellement elles ont atteint le volume d'une noix ou du poing (Dieulafoy).

Leur nombre est également très variable : dans notre observation personnelle il y en avait deux ou trois à peine, du diamètre de 1/2 centimètre.

On les trouve beaucoup plus nombreux sur la plèvre diaphragmatique, où ils peuvent devenir tout à fait confluents, et assez souvent ils sont limités à cette portion de la séreuse. Puis, viennent, par ordre de fréquence décroissante : la plèvre costale, et de préférence les régions du sommet, la médiastine, et enfin la viscérale qui est souvent indemne.

Leur consistance est ferme, sauf quelques exceptions, (Kauders, Glockner, Deruschinsky) où elle était molle. Aussi sont-ils durs à la coupe : quelques observations font mention d'un liquide blanchâtre plus ou moins épais, et miscible à l'eau, qui se serait écoulé de la tranche de section (Frœnkel, Gouguenheim, Braun,

Schultz) ; une seule (Eppinger) mentionne des formations kystiques.

Une *fausse membrane* teintée en ocre par les éléments du sang recouvre le plus souvent la cavité pleurale, et toute la séreuse en est tapissée.

Les *adhérences pleuro-pulmonaires* sont rares, et presque toujours limitées au sommet (sans qu'il y ait, d'ailleurs, trace de tuberculose). Dans le cas de Fossard, elles formaient des ponts de l'épaisseur d'une plume d'oie, tendues entre les deux feuillets de la séreuse. Jamais pour ainsi dire on ne trouve de cloisonnement limitant des petites poches pleines de liquide, comme dans la pachypleurite. La cavité est toujours unique.

Les *adhérences pleuro-pariétales* sont plus fréquentes, presque toujours par suite de la pseudo-incrustation des nodules néoplasiques dans les plans sous-jacents (muscles intercostaux, diaphragme) : ils viennent émerger quelquefois sur la séreuse péritonéale, qui présente alors les mêmes lésions diffuses sur le côté correspondant du dôme diaphragmatique. L'adhérence n'est jamais assez intime pour qu'on n'arrive assez facilement à séparer les deux plans (Fossard), et la propagation réelle aux muscles a en somme été constatée très exceptionnellement (Podack).

Le *liquide* épanché dans la cavité est semblable à celui retiré par ponction pendant la vie, c'est-à-dire hémorragique dans la presque totalité des cas : on l'a même trouvé fortement teinté de sang sur la table d'autopsie, alors qu'il avait été constamment séreux auparavant. L'observation de Gutmann seule fait exception ; mais nous verrons que ce n'est pas un

endothéliome. En outre on a trouvé un exsudat hémorrhagique dans des cas où l'on n'avait fait aucune ponction (Vinet).

La *bilatéralité* de l'épanchement a été constatée dans cinq observations.

Nous ne reviendrons pas sur les qualités histologiques du liquide, étudiées longuement au chapitre clinique.

Le *poumon* est toujours rétracté vers la colonne vertébrale, réduit aux dimensions d'un ou deux poings, absolument atélectasié, c'est-à-dire fonctionnellement annihilé. Il ne présente aucune lésion macroscopique à la coupe. Dans quelques observations cependant, nous le voyons traversé par des bandes d'aspect fibreux qui ne sont autres que les plèvres interlobaires atteintes des mêmes lésions que le reste de la séreuse. Trois fois enfin, nous voyons le poumon envahi par continuité le long des cloisons interlobulaires ou des grosses bronches : mais le tissu pulmonaire lui-même était indemne.

Propagation du néoplasme. — Il envahit naturellement les organes contigus : le péricarde pariétal (10 fois), le diaphragme qui, nous l'avons vu, peut être traversé, le médiastin (1 fois), la face interne des côtes (2 fois), le sternum et la colonne lombaire (1 fois) ; enfin dans 1 cas il comprimait et thrombosait l'artère pulmonaire et la veine sous-clavière. Dans notre fait personnel, il n'y avait aucune propagation.

Métastases. — Nous avons déjà exposé dans l'introduction les raisons pour lesquelles nous avons admis les cas compliqués de métastases. Elles ont un caractère commun : c'est qu'elles se composent de noyaux

très petits, de la grosseur d'un pois le plus souvent, dépassant rarement celle d'une noisette, comme les noyaux pleuraux eux-mêmes.

De plus elles ont une affinité spéciale soit pour les autres séreuses, soit tout au moins pour la capsule des organes : les métastases viscérales centrales ne sont, en effet, presque jamais mentionnées.

Elles frappent en outre des organes qui sont eux-mêmes rarement le siège de néoplasmes primitifs, ce qui fait tomber l'objection qui pourrait voir dans un de ces noyaux métastatiques le point de départ de la lésion. Malgré tout, s'il n'existait dans toute la littérarature que des cas complexes avec métastases, nous serions les premiers à les déclarer suspects.

Ceci posé nous diviserons les métastases en ganglionnaires, séreuses et viscérales.

a. — *Métastases ganglionnaires.* — Elles atteignent les groupes dépendant de la circulation lymphatique de la plèvre, ou plus rarement des groupes éloignés : dans ces cas il y avait toujours des métastases voisines et dont l'adénopathie était elle-même le retentissement. C'est ainsi que nous trouvons atteints, et par ordre de fréquence :

Ganglions du hile du poumon, et du médiastin : 18 fois

—	sus-claviculaires	3
—	rétro-péritonéaux	2
—	prévertébraux	1
—	axillaires	1
—	cervicaux	1
—	péritrachéaux	1

Ce tableau montre qu'en dehors des ganglions médiastinaux, les métastases ganglionnaires sont rares.

b. — *Métastases portant sur les autres séreuses* :

Plèvre de l'autre côté	5 fois
Péritoine.	5 —
Mésentère	4 —
Douglas	1 —
Pie-mère.	1 —

Péricarde (voir propagations).

c. — *Métastases viscérales.*

Foie.		16 fois	(presque toujours sous-capsulaires)
Rate.		4 »	id.
Poumon		4 »	
— de l'autre côté .		6 »	
Reins	un seul	5 »	
	les 2	2 »	
Cap. surrénales	1 seule .	1 »	
	les 2. .	1 »	
Myocarde.		2 »	
Couche graisseuse périrénale		2 »	
Muscles du dos. . . .		2 »	
— intercostaux . .		2 »	

Veine cave	1	»
Trachée	1	»
Vessie	1	»
Tissu sous-muqueux du jejunum	1	»
Parois bronchiques . .	1	»

En somme les organes les plus variés ont été trouvés atteints : mais c'est le foie qui est pris le plus souvent, dans 1/3 des cas environ; puis viennent la rate, le rein et le poumon dans 1/12e des cas, et enfin les autres organes presque exceptionnellement.

Lésions concomitantes. — Ces lésions constituent de véritables complications. La plus fréquemment observée est la *péricardite* (7 fois) séro-fibrineuse en général, quelquefois hémorrhagique (2 fois) : une seule fois (Engelbach) il y avait une symphise récente. Cette complication joue un rôle considérable à la fin de la maladie, et est souvent la cause immédiate de la mort.

On a noté également la périsplénite, la périhépatite, des lésions de sclérose aortique, rénale, cérébrale, la thrombose de l'artère cérébrale antérieure par endocardite mitrale (Pitt) ; enfin des lésions infectieuses secondaires telles que : abcès miliaires des reins (1 fois), foyers de broncho-pneumonie gangréneuse du côté opposé (Podack) ; abcès métastatiques de la peau et des reins (Benda).

B. — *Histologie pathologique.*

Un fait domine l'anatomie miscroscopique de l' « endothéliome » de la plèvre : c'est d'une part l'analogie pour ne pas dire la similitude des descriptions, d'où il ressort que dans tous les cas on a bien à faire à la même variété de tumeur; et d'autre part les divergences d'interprétation amenant des différences de terminologie : il en résulte une confusion, apparente seulement, puisque les auteurs se divisent au point de vue théorique, mais restent d'accord sur la matérialité des faits, c'est-à-dire sur le fond.

L'image histologique est celle-ci dans presque toutes les observations : le tissu fondamental élastique de la plèvre, semble hypertrophié, parsemé de lacunes de dimensions variables, où sont semés des éléments néoplasiques; en d'autres termes on trouve un stroma de nature conjonctive formé de fibres circonscrivant des alvéoles; et dans ces cavités des cellules épithéliales polymorphes, tantôt en amas irréguliers, tantôt en ordonnance plus régulière (cordons, pseudo-tubes), reproduisant en somme l'aspect du carcinome alvéolaire sous toutes ses formes.

Voici par exemple la description des coupes provenant de notre observation personnelle.

1° *Coupe du noyau principal*, pris sur la plèvre pariétale, près du sommet, noyau ayant un diamètre de 1 centimètre environ et une épaisseur de 5 millimètres à peine.

On trouve d'abord la membrane fibrineuse très

mince qui revêt la surface interne de la plèvre; puis nous tombons immédiatement sur une couche fibrillaire : l'endothélium marginal a, en effet, presque complètement disparu, et on n'en voit que des traces incertaines.

Le tissu fibrillaire est composé de faisceaux à direction longitudinale, c'est-à-dire parallèle à la surface pleurale. Si l'on prend cette couche aux confins du noyau, on la voit très mince et d'aspect normal: mais brusquement, elle s'élargit ; ses mailles deviennent plus apparentes; nous sommes, presque sans transition, en pleine zone néoplasique, et si l'on regarde à un faible grossissement, on voit l'ensemble du noyau qui semble comme enchâssé dans l'intérieur de la plèvre.

Ces faisceaux de fibres conjonctives, d'ailleurs riches en cellules plates, circonscrivent des cavités, de plus en plus larges et affectant les formes les plus variées : leur ensemble est toujours orienté longitudinalement, mais vers le centre, toute direction dominante a disparu. Ces alvéoles sont remplies de cellules néoplasiques tassées en véritables nids, et l'on a ainsi l'impression d'un filet dont les mailles inégales sont occupées par les éléments cancéreux : vers le centre, le stroma est réduit à sa plus simple expression, tant les nids cellulaires sont tassés. Le nombre des cellules composant un amas est des plus variables : à la périphérie on voit de toutes petites masses de deux à cinq cellules, qui sont comme l'ébauche de la lésion : au milieu il est impossible de les compter.

Par endroits les mailles étant surtout longitudinales, les nids néoplasiques prennent l'aspect de boyaux pleins donnant l'impression de l'épithélioma glandulaire.

Les *cellules* cancéreuses affectent toutes les formes possibles : leur noyau est volumineux, bien coloré, et contient un ou plusieurs nucléoles très visibles. Elles remplissent les mailles intégralement, c'est-à-dire que nulle part nous n'avons trouvé trace de cellules endothéliales plates interposées entre elles et le stroma conjonctif.

Sur tout le champ on constate une abondante infiltration de cellules rondes ; leurs amas sont plus nombreux dans la zone marginale, où il n'y a pas encore de néoplasme.

2° *Coupe de la plèvre pariétale près du diaphragme, dans une région où il n'y a pas de noyau, mais où l'épaississement est général.* — Les lésions sont les mêmes, mais plus diffuses pour ainsi dire : les amas sont beaucoup plus clairsemés et composés d'un nombre moins grand de cellules : il y a presque prédominance du stroma : il y a des boyaux avec pseudo-lumière centrale et l'aspect pseudo-glandulaire est plus marqué. En plusieurs endroits nous avons vu la zone néoplasique arriver jusqu'à la bordure, et à ce niveau les boyaux avaient une direction oblique, presque perpendiculaire à la surface pleurale ; mais nous n'avons pu trouver de transitions nettes avec l'endothélium marginal, presque complètement disparu.

3° *Coupe du poumon avec la plèvre viscérale.* — On trouve dans la plèvre des ébauches très espacées des mêmes lésions : sous la membrane fibrineuse, un très mince ruban connectif, avec, par endroits, des amas de trois à quatre cellules seulement, moins volumineuses que celles des autres coupes, plus grandes que les cellules du tissu conjonctif dont elles diffèrent, mais

dont elles semblent dériver ; puis vient une couche de tissu conjonctif lâche, où l'on ne trouve pas trace de lymphatique sous-pleural engorgé ; enfin le tissu pulmonaire avec des lésions d'anthracose, mais sans la moindre trace de néoplasme ; d'ailleurs la plèvre viscérale elle-même est en somme très peu atteinte.

4° *Coupe d'un fragment de plèvre attenant au péricarde et comprenant ce dernier.* — Les lésions sont les mêmes ; on voit nettement le plan de clivage des deux séreuses ; le péricarde est absolument indemne ; ici encore, en un endroit, les lésions arrivent jusqu'au voisinage de la surface de la plèvre.

Dans la plupart des faits, l'aspect des coupes était semblable à celui que nous venons de décrire, et certaines descriptions (Podack, Ferrio), faites avec beaucoup de détails, reproduisent les mêmes couches que nous avons mentionnées. Dans toutes on insiste sur le polymorphisme des lésions, suivant la prédominance de l'un des deux éléments, stroma et cellules, et suivant l'ordonnancement de ces dernières : sur une même préparation on a l'impression tantôt du carcinome typique, tantôt de l'épithélioma glandulaire, tantôt enfin du sarcome (Podack, Riedel, etc.).

Les cellules cancéreuses sont toujours volumineuses, elles peuvent atteindre 18-25 μ (Ferrio), cubiques, cylindriques, polygonales, suivant les endroits, le plus souvent polymorphes. Certains observateurs récents ont décrit des figures de karyokinèse (Podack, Schultze-Vel., Ferrio, Pirckner) ; Podack y a trouvé des vacuoles et des inclusions.

Les *lésions inflammatoires* (infiltration de cellules rondes) sont mentionnées dans presque tous les cas :

on sait que c'est la règle dans tous les néoplasmes. Eppinger décrit même, dans la zone superficielle, un tissu de granulation dont l'évolution aurait abouti soit à de petits kystes à contenu colloïde (?), soit aux excavations en forme de marmite, dont nous avons déjà parlé et qui seraient la résultante de kystes superficiels ouverts dans la plèvre.

On a observé enfin des *symptômes de régression* tel que la dégénérescence graisseuse, (Lambrecht, Neelsen) surtout au centre des noyaux, la dégénérescence colloïde (Neelsen) ou hyaline (Engelbach).

L'endothélium de revêtement de la plèvre manque dans la plupart des cas, ou il n'en existe que des traces. Cependant, dans quelques faits, on l'a vu en prolifération : Wagner a vu jusqu'à huit couches de cellules. Frœnkel l'a vu proliférer par endroits et donner nettement naissance à des cellules pseudo-néoplasiques (nous ajoutons « pseudo », car nous verrons que pour cet auteur on n'est pas en présence d'un véritable néoplasme). Glockner, Gebhardt, Pirkner, Braun également ont constaté cette prolifération, mais sans connexions avec les éléments néoplasiques profonds. Delafield, dans une de ses observations, dit que l'endothélium présentait des altérations marquées, mais sans entrer dans d'autres détails.

Mais Benda est le seul qui ait vu l'endothélium prendre l'aspect cylindrique, et donner nettement naissance au néoplasme, en dehors de la couche élastique de la plèvre.

Ici, nous touchons à l'histogénèse de l'endothéliome : l'accord des auteurs va disparaître. Avant de discuter les différentes théories, terminons l'étude des faits.

Rapports du néoplasme avec le système lymphatique. — Si l'existence des lymphatiques pleuraux a été longtemps niée, parce qu'on n'avait pas réussi à les injecter, tous les histologistes admettent, aujourd'hui, deux réseaux distincts : l'un superficiel, sous-endothélial, l'autre profond, situé dans la zone adventice, et communiquant, d'une part, avec les lymphatiques intercostaux, d'autre part, avec ceux du poumon par les cloisons interlobulaires. Quant au tissu élastique de la plèvre, on peut le considérer comme une sorte de nappe lymphatique étalée, et la série de fentes et de lacunes qui séparent les fibres conjonctives constitue un vaste réseau sans parois nettes, car l'endothélium qui le tapisse n'est pas continu, et qui fait communiquer entre eux les deux réseaux proprement dits. Le néoplasme que nous décrivons remplit précisément ces lacunes : a-t-il, avec elles, des rapports d'origine ? La question fut posée d'abord par Wagner et Schultz, et ce dernier décrit, avec figures à l'appui, tous les intermédiaires cellulaires entre les alvéoles néoplasiques et les vaisseaux lymphatiques proprement dits. Cette prolifération des voies lymphatiques, c'est-à-dire les figures de transition qui l'établissent, ont été vues également par Frœnkel, Bostrœm, Eppinger, Glockner, (dans 2 observations) Pirkner, Neelsen (qui a fait des coupes en série), Schultze-Vellinghausen, Podack, et enfin Ferrio et Rovere. Ces derniers ont même figuré la prolifération des périthéliums vasculaires, c'est-à-dire des gaines lymphatiques entourant les vaisseaux. Leurs deux planches semblent très explicites et rappellent exactement les sortes de globes en bulbe d'oignon, qui sont la caractéristique des endothéliomes et qu'on

a décrit surtout dans les tumeurs des méninges.

Nous n'avons rien vu de semblable sur nos propres coupes, et nous n'avons pu établir aucune continuité entre les nids néoplasiques et les lymphatiques. C'est, d'ailleurs, le cas d'Engelbach, d'Harris, de Delafield et de Lenhartz qui admettent le point de départ dans les fentes lymphatiques, mais sans pouvoir le démontrer.

Mode de propagation du néoplasme aux autres organes. — Ici les lymphatiques jouent un rôle prédominant, comme dans tous les néoplasmes, et le poumon, par exemple, est envahi par le tissu interlobulaire : au microscope, on voit que ce sont surtout les lymphatiques et les gaines endothéliales périvasculaires qui sont atteintes. Mais le néoplasme peut aussi envahir les autres éléments. Podack, dans ses observations, décrit avec beaucoup de détails l'infiltration néoplasique des fibres musculaires du diaphragme : il a pu obtenir des figures où l'on voit des fibres sectionnées transversalement, présentant une cavité centrale remplie de cellules cancéreuses.

Structure des métastases. — Elle reproduit celle du foyer primitif; en général, cependant, l'architecture en est plus pure: c'est ainsi que nous voyons, dans l'observation de Lambrecht, le noyau méningien affecter une structure plus nettement épithéliale que la lésion pleurale, il en est de même de l'unique métastase hépatique de Ferrio, où il vit également des proliférations de gaines lymphatiques, et dont l'aspect lui rappelle les endothéliomes de la dure-mère.

On a beaucoup discuté sur la pathogénie de ces métastases : Neelsen notamment, qui, comme nous le verrons, ne croyait pas à la nature néoplasique de ces

altérations pleurales, distinguait ces métastases des cancéreuses en les appelant « métaboliques » au lieu d'emboliques. Le processus « inflammatoire » se propagerait à distance: c'est ainsi que les endothéliums lymphatiques du foie, par exemple, se mettaient à proliférer pour leur propre compte et reproduisaient les lésions pleurales. Ces distinctions n'ont plus grand intérêt, comme le dit Glockner, car le processus invoqué par Neelsen se voit également dans les cancers: s'il y a transplantation des cellules cancéreuses par embolie, il n'y en a pas moins, à l'endroit où s'arrête l'embolus, une multiplication des éléments pariétaux, une véritable lymphangite cancéreuse.

Histogénèse de l'endothéliome. — Nous avons déjà vu que la plupart des auteurs admettaient l'origine lymphatique primitive de ces néoplasmes, c'est-à-dire croyaient à une prolifération des éléments lymphatiques de la plèvre (lacunes et vaisseaux). Mais si nous examinons leur opinion plus à fond, nous voyons qu'on peut les ramener à trois chefs :

1° La prolifération constatée est de nature carcinomateuse vraie: c'est un cancer endothélial, (Schultz) ou un « endothéliome » (Eppinger). Cette opinion fut émise à une époque où l'on n'avait pas encore rattaché les carcinomes aux épithéliomes, et où l'on croyait au carcinome d'origine conjonctive. Actuellement, il est de notion courante, qu'un carcinome doit être toujours d'origine épithéliale. D'où l'opinion suivante :

2° Ces néoplasmes, tout en ressemblant aux carcinomes, ont également des points de ressemblance avec les sarcomes : tous les éléments du tissu conjonctif prennent part à sa formation et surtout les cellules

endothéliales des lacunes lymphatiques. La structure pseudo-carcinomateuse vient de l'ordonnancement du tissu élastique de la plèvre qui, avec ses cavités presque toutes préparées, devait favoriser la disposition alvéolaire des cellules néoplasiques.

Parmi les auteurs qui admettent cette théorie, plusieurs conservent l'expression d'endothéliome (Pirkner, Glockner, Riedel). D'autres, pour marquer ces caractères, proposent les expressions de sarco-carcinome (Bœhme), ou *sarcome endothélial alvéolaire* (Podack), nom qui conviendrait le mieux puisqu'il exprime à la fois la structure, l'histogénèse, et la classification de la tumeur.

3° Enfin ceux qui dénient à ces lésions toute nature néoplasique, et les attribuent à un processus inflammatoire, malin, ayant une grande ressemblance avec le cancer, mais ne constituant pas de carcinome vrai.

Ce sont Neelsen qui se sert du terme de : lymphangitis carcinomatides ; Frœnkel, Lenhartz et Lochte, Birsch-Hirschfeld qui l'appellent : *lymphangite proliférante.*

Les caractères distinctifs seraient, d'après Frœnkel, l'absence de l'endothélium normal des voies lymphatiques entre le stroma et les cellules néoformées, ou l'existence de formes de transition, montrant nettement la desquamation de l'endothélium, comme dans les néphrites ; enfin l'expansion diffuse de la lésion sans destruction mécanique du parenchyme comme dans le carcinome.

En opposition avec ces trois opinions, qui toutes sont basées sur le même fait anatomique : origine dans les voies lymphatiques, mais différent quant à l'interprétation, nous trouvons l'opinion de Benda : se fondant

sur les théories embryologiques de Hertwig, qui fait dériver les endothéliums de revêtement des séreuses du feuillet interne du blastoderme, il les assimile complètement aux épithéliums des muqueuses et des organes glandulaires ; les néoplasmes de la plèvre dériveraient de l'*endothélium de revêtement* et seraient ainsi de vrais carcinomes ; et la théorie serait d'accord avec les faits anatomiques. Nous avons vu que dans son cas personnel, il a vu nettement la prolifération de cet endothélium : il croit que la plupart des auteurs n'ont pas trouvé cette transition, parce que l'endothélium s'est desquamé dans l'épanchement pleural et qu'il n'existe qu'en certaines zones : le processus primitif a été altéré secondairement par l'envahissement des voies lymphatiques pleurales, qui semble dès lors prédominant et masque le point de départ de la lésion.

Où est la vérité parmi ces quatre opinions ?

Écartons d'abord la théorie inflammatoire. Les arguments invoqués par Frœnkel n'ont aucune valeur, puisque son objection anatomique semblerait nier l'existence des lymphangites cancéreuses. D'autre part, il y a d'autres néoplasmes tels que le cancer en nappe de l'estomac, le cancer en cuirasse du sein, avec lesquels l'endothéliome a déjà été comparé (Rossier, Lambrecht) qui ont la même tendance à la diffusion en surface et non en profondeur. D'ailleurs les tumeurs qui nous occupent n'ont-elles pas tous les caractères essentiels de tout néoplasme malin :

Structure anatomique
Existence de métastases
Action cachectisante rapide
Évolution fatale et ultra-rapide ?

Nous sommes donc, sans aucun doute possible, en présence d'un processus néoplasique.

L'opinion de Wagner ne saurait plus être admise à l'heure actuelle avec le sens que l'on accorde au mot de « carcinome » : c'est dire qu'il faut:

1° Ou bien envisager les faits à la manière de Pirkner, Riedel et Podack, et admettre que les voies lymphatiques peuvent être le point de départ de néoplasies un peu spéciales et polymorphes, ressemblant au carcinome, ayant d'autres caractères communs avec les sarcomes, et qui doivent être rattachées à ces derniers, puisqu'ils sont issus du tissu conjonctif. La description récente de Ferrioet les globes endothéliaux qu'il a décrits sont un argument en faveur de cette théorie ;

2° Ou bien il faut se rallier à l'avis de Benda. Il est certain que son argumentation est très séduisante, car même si on ne suivait pas Hertwig dans ses hypothèses embryologiques, comment expliquer alors les épithéliomes d'organes dérivés du même feuillet blastodermique que les séreuses, tels que les glandes génitales ?

D'ailleurs toutes discussions didactiques s'effacent devant les faits : celui de Benda présente toutes les garanties désirables puisqu'on y a vu la prolifération de l'endothélium de bordure. Parmi nos observations il y en a une autre qui s'en rapproche sensiblement et qui, de l'avis de son auteur, ne fait pas partie de la classe des endothéliomes de Wagner: c'est le fait de Gutmann.

Les tumeurs qu'il a observées sont *sur* la plèvre et non dans la plèvre : elles sont pédiculées, polypoïdes ; bordées d'un endothélium, absent par places, mais ailleurs cylindrique et même stratifié. Le corps du néo-

plasme est composé de cellules polymorphes; à la base de la tige, dans le stroma pleural, on trouve des lacunes remplies de cellules néoplasiques, et qu'il estime être des vaisseaux lymphatiques; ils sont, en somme, comparables, en quelque sorte, à certains polypes du rectum, où tous les éléments, épithélium et tissu conjonctif, jouent un rôle; et ici, l'endothélium marginal semble jouer un rôle prépondérant puisque le tissu pleural proprement dit n'est pris que secondairement.

Il est impossible de tirer de deux faits isolés des conclusions fermes : ils établissent cependant que l'endothélium de revêtement de la plèvre peut proliférer et être le point de départ de formations néoplasiques.

Faut-il aller plus loin, et admettre, avec Benda, que c'est là le premier stade rarement observé, de l'« endothéliome » et que, plus tard, la propagation en masse au tissu pleural déforme à ce point la lésion que l'on n'en trouve plus l'origine? On expliquerait aussi de cette façon les épanchements d'abord séreux, puis, secondairement hémorrhagiques : le stade séreux (et c'est le cas dans les observations de Benda et de Gutmann) correspondant à la période de non desquamation (pour ainsi dire) de l'endothélium.

Si l'on tient compte de ce fait, que dans un assez grand nombre de cas, l'endothélium de bordure a été trouvé en prolifération par places, quoique sans liaison de continuité nette avec les espaces lymphatiques profonds (Wagner, Frœnkel, Glockner, Braun, Gebhardt, Pirkner, Delafield) il est impossible de repousser cette idée d'une manière définitive. Dans notre propre observation, nous avons vu, sur deux coupes différentes,

les boyaux néoplasiques arriver jusqu'à la bordure pleurale, et affecter, par rapport à la surface, une disposition tout à fait comparable à celles qu'ont les traînées néoplasiques parties de l'épithélium d'une muqueuse. L'endothélium n'existait plus qu'à l'état de traces, mais nos coupes donnent l'impression très nette que le point de départ endothélial, sans pouvoir être démontré, ne peut être écarté d'une manière certaine.

La rapidité de la diffusion à toute la plèvre s'expliquerait par la richesse des lymphatiques, qui sont l'agent de transmission de tous les néoplasmes.

La structure fibrillaire de la séreuse serait un terrain tout préparé pour les infiltrations néoplasiques, d'où l'aspect alvéolaire par distension rapide de ces mailles, et la constance de ces nids cellulaires limités par des bandes conjonctives, décrits dans toutes les observations. Le tissu conjonctif lui-même, irrité par voisinage, proliférerait par endroits et donnerait ces aspects pseudo-sarcomateux, qu'on a relatés.

Il semble donc que les deux théories ne sont pas absolument inconciliables et que l'on pourrait admettre pour ces néoplasmes un point de départ dans l'endothélium de bordure, et secondairement une diffusion dans tout le système lymphatique de la plèvre, dont les endothéliums prolifèreraient ensuite pour leur propre compte.

Quoi qu'il en soit, si l'histogénèse de ces néoplasmes n'est pas encore absolument élucidée, il est certain qu'il y a là une entité bien distincte, ayant ses caractères cliniques et histologiques.

Le terme d'« endothéliome » employé le plus fréquemment pour les désigner n'est pas sans inconvé-

nient, puisqu'il prête à confusion et qu'on ne sait, *à priori*, s'il désigne l'endothélium de bordure ou les cellules endothéliales lymphatiques et interstitielles. Il serait parfait si l'histogénèse que nous esquissions tout à l'heure, était définitivement démontrée.

La terminologie de la question est déjà suffisamment touffue, pour qu'il soit utile de rechercher une nouvelle dénomination.

TRAITEMENT

Il ne peut être que symptomatique. Le signe dominant étant la dyspnée, causée par l'épanchement, il sera nécessaire de faire une ponction évacuatrice chaque fois que les phénomènes asphyxiques, les caractères du pouls l'auront rendue indispensable ; faut-il faire une évacuation aussi complète que possible?

Nous croyons préférable de suivre la méthode préconisée par Ferrio, c'est-à-dire de faire des ponctions de 200 à 500 grammes au plus ; on retire ainsi juste la quantité nécessaire pour obvier aux signes d'asphyxie menaçante. La forte proportion de sang contenue le plus souvent dans ces exsudats, dont la reproduction rapide est signalée dans toutes les observations, fait de ces ponctions de véritables saignées : si on les faisait trop abondantes, on accélèrerait certainement l'évolution de la maladie, et peut-être même augmenterait-on encore la quantité de sang, en produisant dans la cavité thoracique une aspiration trop forte : les plèvres épaissies reviennent en effet difficilement sur elles-mêmes, le poumon rétracté, atélectasié ne peut plus obéir à

l'appel qu'on lui adresse ; et l'équilibre est rétabli par la reproduction du liquide et une sorte d'exsudation sanguine.

L'oxygène, l'éther, les narcotiques seront les adjuvants de la dernière heure comme pour toutes les néoplasies, dans l'état actuel de la science.

CONCLUSIONS

I. — Les néoplasmes primitifs de la plèvre sont fort rares ; on peut en décrire deux variétés :

1° Des sarcomes qui se présentent le plus souvent sous la forme de tumeurs volumineuses, exceptionnellement en petits noyaux multiples ; ils se rencontrent surtout chez l'adulte et se manifestent dans trois quarts des cas par un exsudat hémorrhagique.

2° Des néoplasmes qui envahissent la plèvre en surface, tantôt sous forme d'épaississement membraneux, limité quelquefois à une portion de la plèvre, mais le plus souvent diffusé à toute la séreuse ; tantôt avec l'adjonction de nodosités variant du volume d'un pois à celui d'une noisette, et comme enchâssées dans la plèvre.

II. — Ces dernières tumeurs surviennent chez des sujets de 40 à 60 ans, plus fréquemment chez l'homme ; elles se manifestent cliniquement par tous les signes d'un épanchement considérable de la plèvre, avec absence d'expectoration et température subnormale.

III. — Le liquide épanché est, en général, fortement hémorragique et ressemble à du sang veineux pur : il se reproduit très rapidement après la ponction, et sa teneur en sang va en augmentant : il contient assez souvent de grandes cellules vacuolaires chargées de graisse, et qui sont, sans doute, des cellules néoplasiques détachées.

IV. — Les adénopathies cliniquement perceptibles sont rares.

V. — Ces néoplasmes peuvent se propager aux organes voisins, en suivant toujours les espaces conjonctifs, tels que les cloisons interlobulaires ; ils peuvent produire des métastases (2/3 des cas), affectant de préférence les autres séreuses ou la tunique adventice des organes (foie, rate).

VI. — Leur évolution est rapide, et se termine toujours par la mort : ce sont donc des néoplasmes malins.

VII. — Il n'y a pas de signe caractéristique qui permette de les diagnostiquer à coup sûr ; mais un ensemble clinique qui peut justifier un diagnostic de probabilité : ses éléments sont, outre l'absence de tout signe d'origine pulmonaire, l'intégrité de tous les autres organes, joints aux caractères de l'épanchement et à l'examen du sang.

VIII. — Histologiquement ils présentent les aspects les plus polymorphes, mais rappellent toujours le carcinome alvéolaire.

IX. — La plupart des auteurs les font dériver des espaces et vaisseaux lymphatiques pleuraux, et se servent, pour les désigner, de l'expression d'« endothéliome ».

X. — Mais il existe deux faits, dans lesquels l'endothélium de revêtement de la plèvre joue un rôle prépondérant, sinon exclusif : il peut donc produire des tumeurs et s'il n'est pas possible de démontrer, actuellement, pour les « endothéliomes », un point de départ marginal, il n'est peut-être pas impossible de concilier les deux théories en honneur : en admettant que l'endothélium prolifère d'abord, mais se desquame et disparaît par places, tandis que le processus envahit secondairement les fentes lymphatiques, qui prolifèrent pour leur propre compte.

Ce deuxième stade prédominerait au point de masquer complètement le point de départ.

XI. — L'aspect pseudo-carcinomateux de la néoplasie serait dû à la structure fibrillaire de la plèvre, dont les mailles dilatées, et remplies de cellules néoformées, deviendraient les alvéoles cancéreuses.

OBSERVATIONS

1° Endothéliomes.

Observation I (personnelle). — Mme D... âgée de 50 ans, ménagère, entre le 23 janvier 1904 dans le service du Dr Labadie-Lagrave, pour dyspnée et point de côté à gauche.

Le début remonte à trois mois environ, sans frisson, et n'est marqué que par des symptômes vagues, et d'ordre général, tels que : perte de l'appétit, amaigrissement, faiblesse croissante.

Puis apparaît la dyspnée, d'abord transitoire, simple dyspnée d'effort, bientôt continue, accompagnée d'une sensation de lourdeur dans le côté gauche, plutôt que d'un véritable point de côté, et d'une toux légère, sans expectoration.

Les antécédents héréditaires et personnels sont nuls : c'est la première fois que la malade est hospitalisée.

A son entrée, on constate un état de cachexie avancée avec teint cireux, jaune paille, éveillant l'idée d'un néoplasme, amaigrissement notable, une dyspnée continue, s'accentuant au moindre effort, un dégoût profond pour les aliments et spécialement la viande : le seul fait de préparer la cuisine pour son mari lui donne des nausées.

Examen des organes. — Appareil respiratoire. — On trouve *à gauche* : une voussure marquée du thorax, une matité hydrique remontant jusqu'à la fosse sus-épineuse, avec abolition complète des vibrations thoraciques et du murmure vésiculaire, souffle

lointain et voilé, égophonie, pectoriloquie aphone. Ces signes d'épanchement sont complétés par la disparation de l'espace de Traube, et la déviation du cœur, dont la pointe bat sous le sternum. Il y a du skodisme très net dans la fosse sus-claviculaire. La respiration est bruyante et supplémentaire à droite.

Il n'y a aucune expectoration.

Appareil circulatoire. — Les bruits cardiaques sont assourdis et fréquents. Le pouls est à 106. La tension artérielle de 15. On note quelques intermittences.

Appareil digestif. — Perte complète de l'appétit. Quelques vomissements bilieux. Depuis longtemps la malade a des pituites. Estomac légèrement dilaté. Pas de tumeur épigastrique. Pas de melœna ni d'hématémèses. Constipation opiniâtre.

Abdomen. — Léger météorisme abdominal. Circulation collatérale ébauchée sur les flancs.

Le foie est abaissé, dépasse de deux travers de doigt le rebord costal : il est dur, sans nodosités, pas douloureux à la pression.

La rate ne peut être sentie, ni délimitée.

Appareil génito-urinaire. — Règles supprimées à 40 ans.

Pas d'enfants, ni de fausses couches.

Pas d'albumine dans l'urine ; légère indicanurie.

On ne constate aucune adénopathie, ni aux aisselles, ni aux aines, ni au cou. Température entre 37°8 et 38°5. Aucune nodosité ni cicatrice sur toute la surface du corps.

Une ponction exploratrice donne un liquide fortement hémorrhagique, opaque, ressemblant à du sang veineux pur.

Une ponction évacuatrice fut faite le 26 janvier, pour diminuer la dyspnée, et donne 900 grammes du même liquide.

Caractère de l'exsudat. — Il ne se coagule pas. Par le repos il se clarifie dans ses 2/3 supérieurs, le 1/3 inférieur étant constitué par le dépôt globulaire.

Le cytodiagnostic permet de reconnaître les éléments du sang, et des cellules plus grandes, isolées ou en placards, con-

tenant des vacuoles, et un noyau qui ne prend pas toujours bien la couleur; elles ont une forme un peu irrégulière ; ce sont des cellules pleurales altérées, peut-être néoplasiques; il est impossible de l'affirmer; il n'y a pas de mitoses.

Examen du sang. — Il indique une anémie profonde avec légère leucocytose. (Voir page 33).

En présence de ces signes, on devait songer à un néoplasme, probablement pleural, (puisque le poumon ne réagissait par aucun symptôme) et primitif (aucun autre organe ne paraissait atteint).

En outre l'hématome simple était à éliminer à cause de la reproduction rapide du liquide, et l'évolution.

Traitement. — Injections de cacodylate de quinine et de caféine, à cause de la petitesse du pouls et de l'adynamie.

Une deuxième ponction fut nécessaire le 30 janvier et donna 450 grammes de liquide semblable au précédent : on l'interrompt à cause de la syncope menaçante.

La cachexie s'accentue. Arythmie croissante.

Pouls à 120. La température reste autour de 38°.

Puis apparaissent des taches purpuriques, multiples et disséminées, du muguet. La malade meurt, dans l'hypothermie, le 13 février, vingt jours après son entrée.

Autopsie. — Le poumon droit ne présente aucune lésion. A gauche, il sort deux litres environ de liquide hémorragique. Le poumon, atélectasié, est réduit à un petit moignon gros comme le poing, rétracté contre la colonne vertébrale, et recouvert d'une fausse membrane mince, de couleur ocre, qui s'étale aussi sur la plèvre pariétale.

A la coupe, il est privé d'air, mais sans aucune lésion : pas traces de tubercules ; les bronches sectionnées ne donnent issue à aucune sécrétion.

La plèvre viscérale ne semble présenter aucune lésion.

La plèvre pariétale est épaissie d'une manière générale, (2 m m) et présente vers sa partie supérieure une série de peti-

tes indurations, comme enchâssées dans son tissu, du diamètre de 1 centimètre environ, mais peu épaisses (5 m/m environ) : on les aperçoit bien par transparence. Vers la partie inférieure et près du diaphragme, la séreuse est plus irrégulièrement épaissie ; on y constate des petites bandes limitant des petites excavations, très peu profondes : l'ensemble a un aspect gaufré et aréolaire.

La plèvre se détache bien des plans sous-jacents.

Les ganglions médiastinaux sont normaux.

Le péricarde contient un exsudat fibrineux de date récente. Peu de liquide. Pas d'adhérences.

Le foie pèse 1 kilog. 900, est gras et légèrement scléreux : il ne présente aucun nodule cancéreux.

Les voies biliaires sont perméables.

La rate est molle et présente des plaques de périsplénite.

Tous les autres organes sont successivement examinés : pancréas, estomac, intestin, reins, et capsules surrénales, petit bassin, sein. On ne trouve aucune lésion.

Examen histologique. (Voir page 58).

Les ganglions médiastinaux ne présentent aucune trace de cancer.

On fait des coupes du foie et des reins : on ne constate aucune lésion appréciable. Le foie est légèrement cirrhotique.

Observation II (Meslay et Lorrain). — Cancer primitif des deux plèvres. — Femme, 41 ans ; début par troubles vagues, essoufflement, puis point de côté à droite, dyspnée, toux, vomissements à la suite de mouvements brusques. Signes classiques d'épanchement à droite ; à gauche, congestion. Albuminurie légère. État général satisfaisant. Pas de ganglions.

On fait à droite, puis après trois semaines, à gauche où les symptômes s'étaient précisés, une série de ponctions : le liquide est hémorragique, et doit être retiré lentement à cause de la

te ndance à la syncope. On fait ainsi dix-huit ponctions de 1. 300 grammes en moyenne.

Peu d'amaigrissement. Température 37°4-38°. Rien du côté des poumons.

Mort deux mois après son entrée.

Examen cytologique du liquide. — Caillot floconneux nageant dans le liquide. On trouve les éléments du sang et de nombreuses cellules, isolées ou groupées en placards, plus grandes que des cellules endothéliales, polymorphes, avec gros noyau difficile à colorer, et vacuoles protoplasmiques: certaines cellules ont deux noyaux et ressemblent à des cellules néoplasiques.

L'examen du sang a montré une légère polynucléose.

Autopsie. — Un demi-litre de liquide hémorragique dans chaque plèvre.

Les sommets des poumons sont adhérents.

Plèvre viscérale très épaissie, surtout en bas où elle forme une coque lisse, gris ardoise. Les deux poumons sont soudés l'un à l'autre au niveau de leur bord antérieur. La plèvre médiastine gauche s'étale au-devant des vaisseaux de la base du cœur en formant une lame épaisse de 2 millimètres, qui se continue avec le péricarde, et les plèvres médiastines antérieure et viscérale droite, soudées. Il n'y a que du tissu adipeux dans la zone du thymus.

Les scissures pulmonaires sont comblées. Sous la plèvre diaphragmatique gauche, deux petites tumeurs d'apparence graisseuse, dont l'une contient un noyau gros comme un pois. Léger exsudat péricardique; quelques taches sur le feuillet pariétal.

Rien à la coupe sur le poumon, ni sur les autres organes, tous examinés.

Examen histologique. — Le tissu néoplasique est formé d'un réseau fibrillaire conjonctif, contenant, disséminées dans ses mailles, des cellules polymorphes, avec gros noyaux. Par places, sortes d'alvéoles contenant ces cellules groupées sans

ordre, et ayant l'aspect épithélial Vaisseaux néoformés. Lymphocytes. Le poumon paraît isolé de la tumeur par une bande fibreuse dense.

A gauche, mêmes caractères : quelques tractus conjonctifs pénétrant le parenchyme pulmonaire, contiennent des amas cancéreux. Le péricarde est légèrement infiltré. La petite tumeur contenue dans le lipome sous-pleural était cancéreuse.

Observation III (Schultze-Vellinghausen). Endothéliome. — Femme, 43 ans. Traumatisme thoracique. Début par douleurs à droite, sueurs, amaigrissement, dyspnée, inappétence. Peu de toux. Expectoration muqueuse.

A son entrée : amaigrissement notable ; respiration superficielle. Voussure à droite et signes d'épanchement ; cœur repoussé à gauche. Le foie descend jusqu'à l'épine iliaque AS. Pas de ganglions ni d'œdème. Rate normale. Rien dans les urines.

Une ponction donne 1450 grammes de liquide hémorragique, contenant les éléments du sang et des petites cellules conglomérées, rondes et polymorphes, à un ou plusieurs noyaux ; trois autres ponctions. La température n'a pas dépassé 38°. Mort après un mois de séjour.

Autopsie. — Rien dans l'abdomen : foie abaissé. Dans la cavité pleurale droite 1500-2000 grammes de liquide rouge-foncé. Plèvre épaisse, semblable à du cuir. Poumon rétracté, réduit au volume du poing, atélectasié. Développement apparent du tissu conjonctif interlobulaire. Le péricarde contient 120 grammes de liquide clair. La plèvre droite s'enlève assez facilement ; elle atteint 1 centimètre d'épaisseur au milieu de la plèvre costale, 2 centimètres au niveau du diaphragme. Sa surface est lisse, sans saillies ni dépressions. Pas de métastases dans aucun ganglion. Rien au cerveau.

Examen histologique. — (Coupes à l'hématoxyline-éosine ou Gieson). Concordance des différentes parties.

Epaississement du tissu conjonctif en faisceaux parallèles à la surface avec quelques faisceaux obliques : ils limitent des cavités rondes ou ovales, contenant des cellules plates épithélioïdes, en une ou plusieurs rangées : elles ont un gros noyau bien coloré, un protoplasma homogène, présentent des figures de mitoses.

Pas d'endothélium de bordure. Le tissu connectif est pauvre en noyaux. Peu de vascularisation. Peu de signes d'inflammation (infiltration pauvre de cellules rondes). Par endroits, apparence de coupes de glandes.

On n'a pas pu trouver de continuité certaine avec les endothéliums des lymphatiques. Ces altérations se poursuivent dans les septa interlobulaires avec prolifération des endothéliums des lymphatiques qui accompagnent les bronches et les vaisseaux.

Observation IV (Ferrio et Rovere. I). — Endothéliome. — Homme, 49 ans. Début par douleur thoracique et dyspnée. Aspect cachectique. Epanchemeut droit considérable : on en retire un liquide hémorragique avec cellules vacuolaires, et globules graisseux, souvent groupés en amas.

Reproduction rapide de l'épanchement.

Température 38°-39°. Mort dans le collapsus, deux mois après le début.

Autopsie. — Grande quantité de liquide hémorragique dans la plèvre droite. Poumon rétracté et atélectasié, du volume d'une tête de fœtus. Plèvre d'aspect blanchâtre, épaissie surtout à la base, recouverte d'un exsudat fibrineux, rouge-brun.

Rien à gauche. Petit exsudat péricardique. Aucune tumeur macroscopique ni sur superficie, ni sur coupe du poumon, qui est ardoisé, traversé de faisceaux fibreux blanchâtres.

Examen histologique. — Stroma fibreux de 1 m/m d'épaisseur, de 8-9 m/m en bas : le poumon en est séparé par une couche de tissu cellulaire lâche.

Dans le lobe supérieur du poumon, on ne trouve qu'une infiltration de cellules rondes et des lésions de sclérose ancienne, sans trace de tissu néoplasique.

L'endothélium de bordure n'existe plus.

Au niveau du lobe moyen, on trouve après une couche fibrineuse infiltrée de globules de pus, et des éléments du sang ; une couche de tissu connectif avec alvéoles remplies de nids cellulaires de grandeur variables.

Les cellules sont arrondies, ou ovalaires, avec un ou plusieurs noyaux vésiculeux ; figures de mitoses. Les nids les plus petits sont composés d'une rangée cellulaire représentant l'endothélium primitif des espaces lymphatiques. La limite avec le poumon est nette : quelques nids cellulaires dans les travées conjonctives. Sclérose pulmonaire. Anthracose. Mêmes lésions au niveau du lobe inférieur et de la plèvre diaphragmatique.

Observation V (Ferrio et Rovere). — Endothéliome. — Homme, 61 ans. Catarrhes bronchiques antérieurs. Début il y a six mois par fatigue et soif d'air, qui l'oblige à s'arrêter dans son travail. Puis toux sèche. On fait diagnostic de pleurésie ; vésicatoires. A son entrée : amaigrissement, décubitus de préférence du côté droit. Zone de matité avec abolition de respiration et de vibrations à base droite. Matité hépatique inséparable de celle-ci. Température 38°. L'examen du sang donne : globules rouges : 4.200.000 ; globules blancs : 5.600.

Une ponction donne 800 grammes de liquide séro-sanguinolent, rose brun. Densité 1023. Dans le dépôt on trouve, outre les éléments du sang, des cellules isolées ou groupées, grandes, avec protoplasma granuleux, et noyau bien coloré, sans vacuoles. Comme le poumon ne revient pas, on ne fait plus que des petites ponctions de 200-300 grammes. Caractères identiques du liquide. La maladie suit un cours insidieux et lent avec oscillations fébriles. Au bout de six mois l'épanchement devient rouge-sale : beaucoup de polynucléaires en dégénérescence gra-

nulo-graisseuse, en quantité presque égale aux hématies. Il se forme un empyème de nécessité avec issue de liquide hémato-purulent dans le cinquième espace intercostal droit (en avant). Puis expectoration abondante qui dure jusqu'à la mort. Un deuxième examen de sang donne :

Hémoglobine	85
Hématies.	3.250.000
Globules blancs	8.500
Valeur globulaire.	1.02

Mort au bout de 15-16 mois, après le début.

Autopsie. — Epanchement hémato-purulent. Plèvre pariétale épaissie de couleur gris-ardoise. Pas d'ulcérations ; aspect luisant. Petites dépressions plus ou moins confluentes. Ganglions médiastinaux normaux. Le poumon est réduit à une masse brunâtre, privée d'air. Épanchement péricardique peu abondant. Périsplénite légère. Foie normal : petit noyau blanchâtre sous-capsulaire, gros comme une lentille. Rien aux ganglions mésentériques.

Examen histologique. — La plèvre costale a une épaisseur de 1-3 millimètres. Endroits où il y a néoplasme évident, d'autres où il manque. Les muscles intercostaux ont aspect vitreux.

Coupes. — On trouve de la superficie vers la profondeur :

a). — Des traces de l'endothélium de bordure.

b). — Une zone fibrillaire pauvre en noyau : en certains points, passage direct avec zone suivante :

c). — Zone néoplasique : stroma conjonctif à faisceaux généralement parallèlles à la surface. Nids cellulaires variables de orme et de grandeur. Les cellules ont une taille atteignant 18-25 avec gros noyaux vésiculeux. Mitoses. Dans quelques nids, amas dégénérés : les cellules ne sont plus reconnaissables. Quelques espaces sont tapissés d'une seule rangée de cellules.

d). — Zone connective avec vaisseaux : il semble y avoir

prolifération des cellules adventices (périthéliums d'Eberth) concentriquement à la lumière du vaisseau. Ces cellules ont les mêmes caractères que celles trouvées dans la zone néoplasique : l'ensemble forme un fuseau.

En certains points, fusion du tissu connectif pleural avec le périoste costal. Dégénérescence des muscles qui ont perdu leur striation transversale.

Dans les zones de transition avec le tissu sans néoplasme, les nids deviennent de plus en plus petits.

Il n'y a pas trace de production néoplasique sur la plèvre viscérale : infiltration de cellules rondes ; sclérose.

Dans la plèvre diaphragmatique : quelques nids néoplasiques ; le muscle offre des lésions de dégénérescence cireuse.

Nids néoplasiques dans plèvre péricardique et médiastine.

Le nodule hépatique est néoplasique : alvéoles adossés et séparés par tissu connectif ; le tissu néoplasique est séparé du tissu hépatique normal par une zone d'infiltration embryonnaire. En certains points, propagation de la tumeur le long des trabécules hépatiques en bouchons entourés d'une paroi tapissée d'endothélium normal.

Un fragment extrait à l'emporte-pièce pendant la vie, avait une structure nettement néoplasique : tissu fibreux avec espaces lymphatiques tapissés d'endothélium. Ailleurs, aspect papillomateux. Ailleurs on voit capillaires dont le périthélium est en rapport avec le tissu néoplasique.

Observation VI (Riedel). — Un cas d'endothéliome primitif papillaire de la plèvre. — Homme, 45 ans. Début par douleur du côté droit avec toux et dyspnée, augmentant par le décubitus du côté gauche.

On constate des signes d'épanchement : matité à droite et en arrière, affaiblissement du murmure respiratoire, immobilisation de la partie inférieure du thorax.

Le foie dépasse de sept centimètres le rebord costal sur la ligne mamillaire.

On fait successivement deux ponctions, ramenant respectivement 1800 grammes de liquide rouge-clair, et un mois après 2.000 grammes de liquide foncé fortement hémorragique.

Autopsie. — *Cavité thoracique* : *A droite.* — 3 litres de liquide hémorragique sur lequel on arrive après avoir traversé d'épaisses masses qui sont en connexion avec la paroi thoracique antérieure. La plèvre présente surtout sur sa portion diaphragmatique et antérieure des noyaux atteignant jusqu'au volume du poing ; il y a de plus petits nodules rangés en ligne. L'ensemble a un *aspect papillaire.* Il n'y a pas d'épaississement en masse de la plèvre. Le poumon ne présente aucune lésion.

Les ganglions du hile et les prévertébraux sont très volumineux.

A gauche. — 100 grammes de liquide légèrement coloré. La surface de la plèvre viscérale est parsemée de petites tumeurs sur fond uni et lisse. Quelques noyaux dans le poumon.

Tous les autres organes examinés soigneusement ne présentent aucune altération.

Examen microscopique : A l'état frais. — Il sort des coupes un suc laiteux et épais, composé en grande partie de cellules épithéliales cylindriques et polygonales, avec un ou deux gros noyaux : beaucoup ont des prolongements filiformes. Gouttelettes graisseuses abondantes.

Coupes. — Riche stroma fibrillaire formant la masse principale, et, dans les interstices : nids et bandes de cellules polymorphes sans substance intercellulaire.

On voit nettement la succession d'images suivantes : espaces et vaisseaux lymphatiques normaux ; puis bandes d'une ou plusieurs rangées de cellules cubiques ou polygonales ; puis espaces plus grands remplis de cellules ; et enfin, structure nettement alvéolaire. Ressemblance avec vrai carcinome.

En d'autres endroits : prolifération active du tissu conjonctif ; formations pseudo-papillaires par pénétration du tissu conjonctif dans les grosses cavités remplies de cellules : ressemblance avec épithélioma papillaire.

Enfin en d'autres endroits, prédominance des cellules en fuseau : aspect sarcomateux.

Observation VII (Fossard). — Pleurésie hémorragique cancéreuse. — Homme, 57 ans. Début par douleur à droite avec dyspnée et abattement (depuis 3 mois). Aggravation depuis cinq semaines. Toux sèche et fréquente. A son entrée : teint jaune paille, cachexie ; température 37°2, pouls 110. Rien dans les urines. Crachats muco-purulents. Pas d'adénopathies. Œdème thoracique ; légère circulation collatérale sur la paroi abdominale antérieure.

Pas de symptômes digestifs. Voussure du côté droit du thorax et signes d'épanchement (abolition des vibrations et de la respiration, pectoriloquie aphone).

Rien au cœur. Foie abaissé de deux travers de doigt.

Ponction exploratrice puis évacuatrice donne 1/2 litre de liquide nettement hémorragique.

Diagnostic : cancer pleuro-pulmonaire.

Une deuxième ponction donne 3/4 litre de liquide plus foncé. Température 38°. Mort.

Autopsie. — Trois litres de liquide hémorragique dans la cavité pleurale droite. Plèvres sterno-costales droite et diaphragmatique transformées en plaque rigide, véritable cuirasse de couleur blanchâtre avec quelques arborisations vasculaires. Adhérences dures, blanchâtres, filamenteuses et vasculaires, de la dimension d'une plume d'oie en moyenne, tendues entre les deux feuillets pleuraux. Un bourgeonnement cancéreux a envahi le périoste de la face interne de la sixième côte en arrière. Sur tout le feuillet pariétal sont disséminés, ici des nodosités du volume variant de celui d'un pois à celui d'une noix, faisant

corps avec le tissu infiltré de la séreuse, là, de véritables bourgeonnements en choux-fleur, sessiles, de couleur gris-rosé, friables, de volume variable, en moyenne de celui d'un œuf. De même sur la plèvre diaphragmatique.

Plèvre viscérale épaissie, sans nodosités ni bourgeonnements. Poumon rétracté, un peu scléreux, sans noyaux, lymphangite sur sa surface.

Pas de ganglions médiastinaux.

Rien à gauche. Athérome léger des valvules aortiques.

Rien dans le médiastin, ni dans le corps thyroïde, ni dans aucun autre organe : tous ont été examinés.

Examen histologique. — Poumon scléreux avec traînées d'anthracose. Dans la plèvre le stroma fibreux qui sert de soutien à ces sortes de bourgeonnements est sillonné de cavités en formes de tubes remplis de cellules cylindriques. C'est un épithélioma à cellules cylindriques.

Observation VIII (Podack I). — Endothéliome. — Homme de 39 ans. Pas d'antécédents. Début par signes vagues ; dyspnée croissante. Etat général conservé. Température, 37°6. Pas d'adénopathies. La moitié gauche du thorax est très dilatée : signes nets d'épanchement. Expectoration muqueuse. Pouls fréquent (124). Rien ailleurs.

On fait une ponction : liquide hémorragique (3 l. 1/2) avec sédiment énorme, éléments du sang et grosses cellules vacuolaires ; globules de graisse en conglomérats.

On fait successivement, en l'espace de deux mois, dix autres ponctions : le liquide garde les mêmes caractères : celui des trois dernières présente la réaction du glycogène. Après la troisième évacuation on sent de petits nodules intra-pariétaux, au lieu de la ponction. Température : autour de 38° à la fin.

On constate lors des ponctions successives : une augmentation de la force nécessaire pour faire l'aspiration, une amélioration

de plus en plus négative après l'évacuation ; et une augmentation de la proportion de sang.

On pense à un néoplasme secondaire.

Mort après deux mois.

Autopsie (Neumann). — Epanchement hémorragique (1600 gr.). Poumon soudé à la plèvre en arrière et en haut, et sur la plèvre médiastine. Léger épanchement péricardique. La plèvre gauche s'enlève d'un seul bloc en un sac à parois épaisses (2,3 m/m ; 5,6 m/m sur pl. diaphragm). Sur la plèvre pariétale quelques élevures et noyaux. — A la pointe du lobe inférieur du poumon, groupe de nodules sous-pleuraux. Sur le côté péritonéal du diaphragme : quelques nodules néoplasiques.

Examen histologique. — Pas d'endothélium de revêtement, puis couche de tissu conjonctif mince, couche fibrineuse mince et enfin couche filbrillaire épaisse, avec nids de grosses cellules épithélioïdes de plus en plus nombreuses ; elles sont de formes variées avec un ou plusieurs noyaux ; inclusions ; mitoses. Infiltration abondante de cellules rondes. Puis tissu élastique ; couche anthracosique et poumon normal.

Altérations semblables sur plèvre pariétale et péritoine diaphragmatique.

Dans le diaphragme on trouve les cloisons conjonctives interfasciculaires infiltrées de cellules rondes, et quelques amas de cellules cancéreuses. Il y a des cellules néoplasiques dans les fibres musculaires qui présentent des cavités centrales remplies de ces éléments. Les nodules intra-pariétaux présentent les mêmes lésions.

Observation IX (Lenhartz et Lochte). — Lymphangite proliférante. — Femme de 58 ans. Début par pleurésie gauche avec fièvre ; au bout de huit mois, on trouve par ponction un exsudat de couleur chocolat avec de nombreuses, volumineuses boules adipeuses.

Plus tard, métastases dans l'abdomen.

Durée : deux ans.

Examen anatomique. – La plèvre gauche contient deux litres de liquide chocolat. Poumon atélectasié et rétracté vers la colonne vertébrale. Les plèvres viscérale et pariétale sont épaissies (5 millim.).

On trouve quelques métastases isolées sur la plèvre droite, le péricarde pariétal, le péritoine, la capsule de la rate, c'est-à-dire uniquement sur des séreuses.

Microscopiquement, c'est de la lymphangite proliférante. Par endroits, structure semblable à celle du cancer.

Observation X (Lambrecht). — Cancer primitif de la plèvre. — Homme, 64 ans. Début par sensation de pesanteur dans moitié droite du thorax et région hépatique.

Il y a quinze jours, point douloureux dans la région de l'omoplate ; perte d'appétit progressive, dyspnée d'effort, envie de tousser ; l'état général décline.

A son entrée, aspect satisfaisant. Moitié droite du thorax immobilisée. Signes complets d'épanchement. Pas de ganglions dans fosse sus-claviculaire droite. Bruits du cœur normaux. Pouls 118, bonne tension. Température 38°8. Foie déborde. Rate légèrement augmentée de volume. Rien dans les urines. État saburral des voies digestives. La plèvre oscille entre 37°7 et 38°6, puis tombe à la normale. Le pouls reste rapide. Suées répétées.

Une ponction donne 1 litre 1/4 de liquide jaune, stérile, contenant quelques leucocytes ; on fait successivement trois autres ponctions, suivies d'une amélioration très passagère, la troisième donne un liquide légèrement sanglant, la quatrième est fortement hémorragique. Résistance accrue de la paroi. On ne trouve pas de cellules carcinomateuses.

L'état général s'aggrave (pâleur, amaigrissement, anorexie). La température réapparaît (39°5) ; manifestations gastriques terminales. Mort par épuisement trois mois après son entrée.

Autopsie. — Liquide rouge dans la cavité pleurale droite.

Plèvre costale et diaphragmatique. — Epaissies (3-4 c/m en bas), de couleur gris blanc. C'est une cuirasse, épaisse en moyenne de 1/2 centimètre, sur la surface extérieure de laquelle on voit des noyaux ronds et plats, très confluents, en forme de pièces de monnaie, de 1-3 centimètres de diamètre. Pénétration çà et là dans les muscles intercostaux. Dépressions en leur centre, surtout apparentes sur la face interne de la plèvre.

Poumon rétracté, du volume de deux poings, recouvert d'une plèvre lisse, grise, semblable à du cuir ; on y trouve, ainsi que sur la plèvre péricardique, des petits nodules, clairsemés, ronds, plats, épais de 2/4 de millimètre, de 1 centimètre de diamètre. Dans le tissu pulmonaire, pas de carcinome. Le poumon gauche est normal. Foie : léger épaississement partiel de sa capsule. Myocarde flasque.

Cerveau : lésions de sclérose légère. Petit noyau néoplasique gros comme une noisette, mou, inclus dans la pie-mère, près du gyrus prœcentralis, à droite, nettement délimité de la substance cérébrale, épais de 1 c/m, 5.

Vieille périsplénit légère. Estomac : lésions récentes de gastrite terminale (tractus hémorragique de la muqueuse, surtout dans le fond). Œsophage intact. Voies biliaires libres. Rien aux autres organes.

Examen microscopique. — *Plèvre viscérale.* — Dans un stroma très hypertrophié, on voit des amas de cellules épithéliales inégalement répartis, réunis en groupes de dimensions variées. Çà et là ordonnancement plus régulier, et avec grossissement moyen, on voit ces cellules, polymorphes, à noyaux très nets, se réunir en colonnes d'une ou plusieurs rangées : en plusieurs endroits, elles se sont infiltrées entre les fibrilles conjonctives, et on a l'impression de mailles d'un filet ; ailleurs elles se sont réunies en grands îlots, qui se sont substitués totalement au stroma. Dans les endroits les plus épaissis, la néo-

formation semble arrivée à la dernière phase de son développement : on voit des bandes cellulaires sans noyaux, tandis que ceux des voisines prennent encore bien la couleur : donc dégénérescence.

Sur tout le champ, cellules rondes en grande quantité. En somme, suivant la prédominance du stroma ou des nids cellulaires, ressemblance avec squirre du sein, ou avec cancer médullaire mou ; ailleurs tissu inflammatoire, sans nids cancéreux.

A un fort grossissement. — On voit nettement le caractère polymorphe des cellules : protoplasme homogène, inclusions graisseuses, surtout dans le centre des nodules ; un ou plusieurs noyaux avec vacuoles, avec un ou plusieurs nucléoles ; mitoses.

Le revêtement endothélial de la plèvre a complètement disparu. Par places isolées, on voit d'étroites bandes de grosses cellules s'avancer jusque sous la surface pleurale, mais sans qu'on puisse en conclure que c'est l'endothélium superficiel qui a pénétré en profondeur.

Pas de pénétration de la tumeur dans le poumon, mais interposition de fortes bandes conjonctives.

Coupe de la plèvre costale. — Pas d'endothélium bordant. Puis tissu conjonctif, dont les fentes sont remplies de liquide ou d'amas cellulaires : à côté de grosses cellules graisseuses, rangées de cellules plus délicates, colorées en noir par l'acide osmique, ressemblant à l'endothélium lymphatique chargé de graisse. Plus profondément, bandes cellulaires parallèles, ordonnées comme celles de la zone corticale des capsules surrénales. Nombreuses mitoses. A la limite de la graisse et du muscle (intercostal) infiltration inflammatoire abondante ; mais pas de pénétration du carcinome dans le muscle.

Le noyau pie-mérien a une structure nettement épithéliale. Pas de dégénérescence graisseuse au centre : nombreuses mitoses à la périphérie.

Lambrecht conclut en disant qu'il y a : tuméfaction primaire en surface, et par dessus une éruption de petits points de voi-

sinage comme dans le cancer en cuirasse de la vieille littérature française.

Observation XI (Delafield I). — Endothéliome. — Femme de 53 ans. Début il y a quatre semaines par refroidissement. Expectoration spumeuse. Dyspnée ; oppression et décubitus sur le côté droit. Aspect émacié. Toux. Température : 98° F. Signes d'épanchement à gauche. Une ponction donne 55 onces de liquide clair. Une deuxième donne un liquide brun-foncé, comme purulent. Après troisième évacuation, mort subite (3 mois après son entrée).

Autopsie. — Cavité pleurale gauche remplie de liquide hémorragico-purulent. Poumon rétracté vers la colonne. Plèvre épaissie avec membrane fibrineuse.

Histologiquement. — On trouve du tissu connectif avec des nids cellulaires (cellules polygonales).

Rien aux autres organes.

Observation XII (Delafield II). - Endothéliome. — Homme de 63 ans, entré pour douleur du côté droit : une ponction donne 73 onces de liquide hémorragique. Mort au bout de trois mois.

Autopsie. — Vieilles adhérences pleurales ; cavité remplie de liquide hémorragique.

Les plèvres sont recouvertes d'une couche fibrineuse : Petits nodules parsemés sur sa surface. Foie graisseux. Estomac et intestin normal. Légère sclérose rénale.

Histologiquement. — Les nodules sont composés de tissu connectif avec des cavités remplies de cellules.

Observation XIII (Delafield IV). — Endothéliome. — Homme de 45 ans. Perte d'appétit, dyspnée ; on retire du côté droit 91 onces de liquide hémorragique. Mort au bout de dix jours.

Autopsie. — Cavité pleurale droite remplie de liquide. Pou-

mon rétracté. Les plèvres costale et diaphragmatique présentent des irrégularités : il y a des nodules sur les plèvres costale et viscérale.

La cavité pleurale gauche contient aussi du liquide sanglant : nodules sur la plèvre viscérale. Petits nodules sur le péritoine.

Histologie. — Ce sont des cavités remplies de cellules polygonales : elles sont plus larges, près de la surface.

Les autres organes sont normaux.

Observation XIV (Frœnkel). — Lymphangitis prolifera. — Homme de 49 ans. Début par symptômes de pleurésie, point de côté, transpiration. Signes d'épanchement gauche. Température, 38°. Une ponction donne 400 centimètres cubes de liquide fortement hémorragique, presque opaque. Le thorax paraît affaissé. Puis oppression croissante. Pouls 110. Sueurs. Expectoration muqueuse sans bacille de Koch. Un ganglion gros comme une noisette apparaît dans le creux sus-claviculaire gauche.

Une deuxième ponction donne 1200 grammes de liquide encore plus foncé, semblable à du sang veineux pur. On trouve dans le sédiment des cellules épithéliales, rondes ou polyédriques, polymorphes, quelques-unes en massue, contenant des vacuoles et un gros noyau. Amas graisseux ayant un aspect de « mûre » tant les particules sont confluentes.

Troisième ponction, 1200 grammes. Pouls 136. Mort après six semaines.

Il pense d'abord à la tuberculose. Le ganglion sus-claviculaire et la deuxième ponction le fait songer à une tumeur.

Autopsie. — Dans péricarde un demi-litre de liquide hémorragique.

Dans plèvre gauche, deux litres du même exsudat.

Sur les deux séreuses, couche fibrineuse rouge-brune.

Adhérences de la plèvre pariétale à la paroi.

Épaississement général de la plèvre avec bandes, allant de 2/3 m/m. à 1/2 c/m. Pas de nodule.

Après enlèvement de la couche fibrineuse, aspect assez plat de la séreuse, avec cependant, quelques saillies et enfoncements : aspect trabéculaire. A la coupe et par pression il sort des gouttelettes blanchâtres d'un exsudat chyliforme. La plèvre viscérale est épaissie également.

Poumon atélectasié, rétracté, sans aucune lésion.

Aspect cancéreux du ganglion sus-claviculaire.

Foie, rein, augmentés de volume, mais sans aucune altération.

Examen histologique. Tissu connectif pauvre en cellules. Fentes lymphatiques dilatées, et remplies de cellules polymorphes, surtout cubiques, avec ou sans lumière centrale. Sur certaines parties des coupes, on voit l'endothélium plat circonscrivant la fente présenter toutes les transitions avec les cellules polymorphes : on voit ces transitions surtout au centre de la coupe. Pas de dégénérescence ni d'inclusions comme dans les carcinomes. Infiltration de cellules rondes.

Sur parties superficielles, dégénérescence fibroïde de la plèvre. L'endothélium de bordure de la plèvre manque le plus souvent ; par endroits, il prolifère et donne des cellules semblables à celles des nids pseudo-néoplasiques. Le point de départ par l'endothélium des lymphatiques est certain.

Mêmes lésions dans le ganglion. Dans certains sinus dilatés on voit un revêtement épithélial unicellulaire, se distinguant des masses cellulaires centrales.

Observation XV (Braun). — Endothéliome. — Homme, 38 ans, ayant présenté pendant la vie des signes d'épanchement thoracique droit, avec toux légère, sans bacilles de Koch. Une ponction donne 2 litres 100 de liquide séro-hémorragique, de densité 1017. Pas de fièvre.

Autopsie. — Dans cavité thoracique droite, 2.500 grammes de liquide clair, avec sang dans couches profondes. A gauche, 100 grammes de liquide clair.

Plèvre gauche épaissie par endroits. Réseau blanchâtre le

long des cloisons interlobulaires, surtout dans la moitié inférieure, avec nodosités miliaires sur leur trajet : par piqûres il en sort un liquide laiteux contenant des cellules épithéliales pavimenteuses à gros noyau. Glandes du hile tuméfiées. La surface pleurale présente par endroits des épaississements de 1 millimètre et du diamètre d'une pièce d'un mark.

Sur coupe du poumon, les cloisons sont épaissies ; le parenchyme est granuleux. Dans le lobe inférieur, près de la plèvre, un petit nodule gros comme une noisette. Sur la plèvre diaphragmatique, il y a confluence de nodules.

Rien dans aucun autre organe.

Examen microscopique. — *Plèvre diaphragm.* — Espaces alvéolaires avec nids de cellules néoplasiques : on voit transition de ces cellules avec endothélium par l'intermédiaire de cellules épithélioïdes à direction longitudinale. Ces nids pénètrent à travers le diaphragme, presque jusqu'au péritoine.

Plèvre costale. — Mêmes nids cellulaires. Il y a à la surface un revêtement épithélial, discontinu, à plusieurs couches, sans connexion avec les nids.

Sur plèvre viscérale on voit des tas de cellules néoplasiques s'enfoncer dans les septa interlobulaires.

Infiltration abondante de cellules rondes.

Les nids se trouvent plus nombreux près des tuniques adventices des vaisseaux. Par endroits les nids semblent occuper des cavités préformées.

Observation XVI. (Glockner III). — Endothéliome. — Femme, 74 ans. Matité à droite. A gauche, sibilances. Mort quatre jours après son entrée.

Autopsie. — *A droite.* — Liquide jaune, légèrement hémorragique. Poumon rétracté, du volume du poing. La plèvre est parsemée de nombreuses protubérances molles, grosses comme un demi-pois ou une noisette, blanches, ou teintées de sang atteignant le volume d'une noix sur la moitié droite du diaphra-

gme. Au niveau de l'angle costo-vertébral la plèvre est épaissie en une plaque triangulaire, des dimensions d'une paume, à pointe dirigée en haut, qui constitue une zone néoplasique diffuse.

Dans le poumon, atélectasié, quelques rares nodules isolés. Pas de métastases.

Examen microscopique. — Images variées.

Au niveau de la plèvre diaphragmatique et de la plaque décrite plus haut, le néoplasme est composé d'une masse diffuse, avec cellules éparpillées dans le stroma. Par places seulement on trouve des cavités avec des rangées cellulaires. Ailleurs moins de diffusion : on trouve des cavités bien conservées avec plusieurs rangées de cellules polygonales ; quelques cavités avec une seule assise cellulaire : on y voit des figures de passage entre l'endothélium, et des cellules épithéliales cubiques, puis cylindriques. Les cellules et leurs noyaux sont volumineux. Dans le poumon on voit des rangées cellulaires voisines des vaisseaux.

L'endothélium de revêtement de la plèvre est conservé par places : il prend l'aspect polygonal et même stratifié ; mais il n'a pas de connexion avec les nids de la profondeur. Sa participation est problématique.

Peu d'infiltration de cellules rondes.

Observation XVII (Hebb). — Cancer primitif de la plèvre. — Femme, 46 ans, ayant présenté de la dyspnée avec toux et douleur à droite. Une ponction donne liquide brun rouge, contenant de larges cellules épithéliales, ressemblant à des cellules cancéreuses. Mort après un mois.

Autopsie. — Plèvre épaissie : 3 pintes de liquide rouge brun. Poumon rétracté dans l'angle costo-vertébral. Sur une coupe, la plèvre ressemble à du tissu fibreux, dense ; la moitié droite du diaphragme est infiltrée de petites nodosités apparaissant sur la surface péritonéale et se continuant avec l'infiltration pleurale.

Aspect tomenteux de toute la surface interne de la plèvre. Infiltration semblable sur la capsule hépatique (lobe droit), le péritoine, et particulièrement le mésentère, enfin la plèvre gauche. La grosseur des nodules va depuis celle d'une lentille jusqu'à celle d'un pois. Les glandes lymphatiques médiastines sont prises.

Aucun viscère ne présente rien ; tous ont été examinés.

Microscopiquement : tissu fibreux fenêtré avec cellules épithéliales, en une ou plusieurs rangées.

Aspect alvéolaire. Il pense que le point de départ est pleural parce que les métastases sont toutes sur des organes voisins.

Observation XVIII (Harris I). — Primary malignant disease. — Homme de 58 ans. Début 14 mois avant son entrée. Douleurs en forme de points dans le côté droit ; dyspnée pas très marquée. Signes d'épanchement. Ponction exploratrice donne liquide légèrement hémorrhagique ; la plèvre semble dure et épaissie Une autre ponction donne peu de liquide : plutôt clair.

Autopsie. — Cavité pleurale droite presque entièrement comblée avec toute petite cavité centrale.

Adhérences intimes à la paroi. Le poumon est complètement encapsulé dans une masse néoformée. Epaisseur surtout considérable au niveau du diaphragme. Petite quantité de liquide clair dans la cavité. Poumon atélectasié, n'est pas infiltré par la tumeur qui semble y pénétrer en quelques points le long des bronches. Rien dans les autres organes.

Un peu de liquide sanguinolent dans le péricarde.

Examen histologique. — Stroma conjonctif de structure alvéolaire avec nids de cellules, cubiques par endroits, le plus souvent irrégulières.

Harris croit à l'origine de la néoformation dans l'endothélium des lymphatiques.

Observation XIX (Engelbach). — Carcinome endothélial primitif de la plèvre droite. — Homme, 60 ans. Début par dyspnée

d'effort. Dilatation de moitié droite du thorax, matité, égophonie, etc. Albuminurie abondante. Température 37°. Pouls 100. On pense à une pleurésie simple. Une ponction donne 1 litre de liquide hémorrhagique. Soulagement. Pas de bacille tuberculeux dans l'exsudat. Quinze jours après, deuxième ponction (21.200 de liquide hémorh.), puis trois autres, dont deux blanches ; la dernière donne 100 grammes de liquide brun contenant des globules blancs chargés de graisse (?). Pas de cellules cancéreuses. Pouls petit (120) ; œdème des jambes, anasarque, ascite, amaigrissement. Cheyne-Stokes. Mort trois mois après son entrée.

Autopsie. — Cavité pleurale droite : 2 litres d'exsudat hémorrhagique, brun café. Plèvre trouble, revêtue de masses membraneuses comme coulées, de couleur brun chocolat. L'espace pleuro-pulmonaire est rempli de feuillets fibrineux, laissant entre elles de petits espaces remplis de liquide. Le poumon est rétracté, du volume de deux poings, de couleur grise : ses vaisseaux sont épaissis et saillants sur la coupe. Pas d'altération en foyer. Poumon gauche normal.

Soudure cardio-péricardique récente, mais purement inflammatoire.

Sur moitié droite du diaphragme, du côté péritonéal, petits noyaux blanchâtres ; sur son côté pleural, épaississement diffus et rares noyaux : ceux-ci sont durs, faciles à isoler, traversant presque toute l'épaisseur du diaphragme.

Sur le lobe droit du foie, petit noyau gros comme une lentille. Rien dans les autres organes.

Examen microscopique. — Plèvre diaphragmatique, uniformément épaissie avec accroissement du tissu conjonctif pleural : dégénérescence hyaline partielle.

Dans ce tissu on trouve des cavités, plus ou moins isolées, rondes ou allongées, les plus grandes couvrant avec un fort grossissement, la moitié du champ microscopique. Ces cavités ont des septa saillants dans leur intérieur et qui les divisent en

compartiments. Elles sont remplies de cellules moyennes de taille, épithélioïdes, plates, avec gros noyau ovale et protoplasma homogène ; elles sont fixées aux parois, les centrales détachées en partie. Pas de tissu interstitiel. Ces cellules donnent l'impression d'être venues par les voies lymphatiques, et non d'être nées sur place. Il pense à une tumeur primitive de la plèvre costale ou diaphragmatique : il croit que l'origine de la prolifération est dans l'endothélium des vaisseaux lymphatiques.

Observation XX (Greenish). — Sarcome primitif de la plèvre. — Homme de 54 ans, ayant présenté à son entrée des apparences de bronchite simple ; puis douleur à la base gauche avec submatité. Signes de gêne dans la circulation intrathoracique. L'histoire clinique fait penser à la tuberculose pulmonaire.

Autopsie. — Plèvre gauche congestionnée, recouverte de petits nodules très petits, atteignant au maximum les dimensions d'un pois. Leur section est dure et comme cartilagineuse. Sur la plèvre viscérale la lésion est étendue en surface et il y a des bandes pseudo-scléreuses. Rien dans les autres organes.

Examen histologique. — On voit des bandes de tissu conjonctif avec des cellules. Structure alvéolaire. A la périphérie des nodules, épaississement du tissu connectif qui leur forme comme une capsule, contenant des vaisseaux.

Il pense à une origine dans le tissu conjonctif. Cette observation est intitulée sarcome. Mais les figures données par l'auteur sont identiques aux nôtres et à celles des autres observations d'endothéliome.

Observation XXI (Bœhme). — Sarco-carcinome primitif de la plèvre. — Femme 50 ans, reçue dans un asile d'aliénés pour épilepsie : pas d'histoire clinique.

Autopsie. — Thorax asymétique. Partie droite bombée ; 1 1/2

litre de liquide hémorragique. Poumon tout à fait rétracté. Sur toute l'étendue des plèvres on trouve des masses blanchâtres et étalées, de deux centimètres d'épaisseur : quelques ponts fibroïdes entre les deux feuillets pleuraux. Pénétration peu profonde dans partie corticale du poumon. Pas de métastases. Foie gras.

Examen histologique. — Dans le liquide on voit des cellules isolées ou en masses, de forme ronde ou ovale. Il voit les lymphatiques hypertrophiés avec prolifération par places, et leur attribue un rôle prépondérant dans la production et l'extension du néoplasme. Le poumon est intéressé secondairement, et seulement au niveau des espaces interlobulaires.

D'après les figures publiées, ce cas semble appartenir à l'endothéliome.

Observation XXII (Vinet). — Cancer de la plèvre. — Homme de 56 ans. Pleurésie antérieure. Début par oppression, dyspnée, toux ; pas d'expectoration. Côté droit dilaté ; veinosités sur le thorax, avec œdème douloureux à ce niveau. Signes d'épanchement (matité, absence de vibrations et de respiration), sensations de fatigue progressive. Ganglions axillaires. mort dix-huit jours après son entrée.

Autopsie. — A droite : deux litres de liquide sanguinolent. Poumon rapetissé et atélectasié. Plèvre tapissée d'un détritus sanguinolent sans résistance, semblable à du jus de groseille concentré. Son feuillet pariétal est recouvert de petites granulations blanchâtres de 2-3 centimètres de diamètre ; il y en a quelques-unes sur le feuillet viscéral et sur la plèvre diaphragmatique.

Péricardite légère. Légère cirrhose hépatique.

Rien dans les autres organes.

Examen microscopique (Malherbe). — C'est de l'épithéliome à cellules cylindriques. Rien dans le poumon.

Observation XXIII (Wagner) (d'après Schultz). Carcinome endothélial. — Femme, 69 ans. Plèvre épaissie (jusqu'à

trois fois son volume normal). Poumon rétracté. Saillies sur la surface pleurale rappelant la face interne de la vessie.

Plèvre viscérale atteint 1 millimètre. Sur coupe de plèvre on voit des cavités remplies de masses blanchâtres, rouges, rudes, molles, faciles à enlever.

Examen microscopique. — Stroma avec bandes parallèles à la surface. Cavités avec cellules : ce sont des lymphatiques altérés. Le revêtement atteint jusqu'à quatre couches de cellules. Ressemblance avec l'épithélium des voies urinaires.

Sur partie libre de la plèvre, élevures avec jusqu'à huit couches d'épithélium.

Observation XXIV (Podack II). — Endothéliome. — Homme 68 ans ; deux chutes antérieurement sur le côté droit. Dyspnée progressive.

A son entrée: mauvais état général. Cyphose. Côté droit dilaté: signes d'épanchement. Pouls 76. — Ponction exploratrice donne liquide jaune-rouge, trouble. Le côté droit est douloureux. Le foie dépasse les fausses côtes de deux travers de doigt.

On sent tuméfaction au-dessus de la symphise pubienne. Les urines sont infectées: il y a du pus, de l'albumine, des cylindres: on y trouve le bacterium coli.

Une ponction évacuatrice donne 1 l. 700 de liquide jaune rouge. On y trouve des globules rouges et blancs; des plaques cellulaires avec plusieurs noyaux, et des vacuoles; quelques-unes, en dégénérescence graisseuse, présentent la réaction du glycogène.

Quelque temps après, on constate des signes de pneumothorax à droite avec succussion hyppocratique. Trainées néoplasiques sur les bras avec noyaux. Expectoration jaune-brun. Assoupissement et mort après deux mois de séjour.

On pensait à la tuberculose ou à un cancer secondaire.

Autopsie. — A gauche: adhérences du poumon: on trouve un espace au-dessus du diaphragme, rempli de 200 grammes

de liquide jaune-rouge. Foyers gangréneux dans le lobe inférieur du poumon.

A droite. — Adhérences en arrière.

Plèvre viscérale : épaississement en faisceaux sur les côtés et à la base du poumon : quelques nodules.

Plèvre pariétale : nodules, bandes épaissies formant un réseau, presque cartilagineuses à la coupe. Épaississement de la plèvre diaphragmatique ; nodules en arrière.

Abcès miliaires des reins : ganglion du hile hypertrophié.

Dans le rein gauche petit noyau blanc et dur.

La mort est donc due à abcès et grangrène pulmonaire.

Examen histologique : Pas d'endothélium ; on trouve ensuite une couche conjonctive, une couche fibrineuse mince, puis une zone de tissu connectif avec lacunes remplies de cellules néoplasiques : elles sont vacuolaires, présentent des inclusions, et des figures de mitoses. Dans certains nids, revêtement régulier de hautes cellules cylindriques semblables aux cellules glandulaires.

Les coupes offrent tantôt l'aspect du carcinome tantôt celui du sarcome fuso-cellulaire, avec toutes les transitions : il voit aussi les passages entre les fentes et vaisseaux lymphatiques et le tissu néoplasique. Infiltration de cellules rondes.

Il y a des nids néoplasiques dans les parties superficielles du poumon : on y voit des lymphatiques remplis de cellules.

Dans le poumon, certaines cellules alvéolaires ressemblent a des cellules sarcomateuses géantes ou des cellules géantes tuberculeuses (ce sont probablement des cellules avec inclusion de corps étrangers).

Les lésions sont les mêmes sur la plèvre pariétale.

Le diaphragme présente les mêmes altérations que dans l'observation I. Le noyau du rein gauche et son ganglion ont un aspect nettement épithéliomateux.

Observation XXV (Schultz). — Carcinome endothélial. — Homme, 35 ans. Dyspnée. Signes d'épanchement à gauche.

Légère scoliose à droite. Deux nodules sous-cutanés, gros comme des cerises dans l'aisselle gauche. Mort subite.

Autopsie. — Poumon gauche complètement rétracté et atélectasié. Ganglions médiastinaux tuméfiés. Plèvre épaissie (jusqu'à 1 1/2 cm.). Sur une coupe, on voit espaces remplis de masses jaunâtres.

Métastases. — Quelques noyaux sur plèvre droite et sur péricarde, mésentère et péritoine; dans le poumon droit, le foie, et les muscles du dos.

Examen microscopique. — Pas d'endothélium de bordure.

Couche fibrineuse avec nombreux capillaires, puis couche conjonctive avec espaces remplis de cellules (2 à 3 assises) avec lumière centrale, jaunâtre, due à la présence de liquide. Formes de transition avec cellules conjonctives. Puis vient une couche avec cavités, dont le revêtement diffère nettement des cellules contenues. Enfin couche pseudo-alvéolaire. Infiltration de cellules rondes.

Il voit des espaces lymphatiques dans les parois des bronches, avec les mêmes cellules néoplasiques dans leur cavité. Le néoplasme a son origine certaine dans les lymphatiques.

Observation XXVI (Gebhardt). — Endothéliome. — Femme de 50 ans. Toux depuis un an, et anorexie depuis trois mois. Actuellement : soif d'air, dyspnée d'effort, hémoptysie (?). Matité à gauche. Expectoration striée de sang. On pense à une pleurésie tuberculeuse.

Une ponction donne un litre et demi de liquide hémorragique, contenant des cellules volumineuses, vacuolaires, en amas. Leucocytes et hématies.

On pense à un endothéliome(?) Les mêmes cellules sont trouvées dans l'expectoration. Une deuxième ponction donne encore un litre et demi. Mort quatre jours après, dans le collapsus. Température subnormale. Pouls 102-138.

Autopsie. — Plèvre gauche : Deux litres de liquide hémorragique avec corpuscules graisseux. Péricarde recouvert de masses de tumeur composées de tissu graisseux, et en partie de tissu gris-blanc. Poumon rétracté. Athérome aortique. Petites tumeurs au niveau du hile pulmonaire gauche, de la base du poumon gauche, dans le diaphragme, les ganglions bronchiques et prétrachéaux. Poumon sans air.

A droite. — Un ganglion bronchique pris. Quelques nodules sur la plèvre, gros comme des lentilles.

Ex-histologique. — Tissu fondamental avec cellules polymorphes; cavités comme préformées contenant des cellules agglomérées : le revêtement endothélial persiste en partie, avec proliférations : quelques noyaux dans les parois bronchiques mais ne dépassant pas la sous-muqueuse. C'est une production du tissu conjonctif.

Observation XXVII (Teixeira de Mattos). — Endothéliome. — Homme de 64 ans. Début par toux et dyspnée. Aspect pâle; pas d'œdèmes. A droite on trouve submatité, diminution de respiration et de vibration, sensation de râles lointains. Pas d'élargissement du thorax ni de signes de compression ; on a en somme des signes d'épaississement pleural plutôt que d'épanchement. Expectoration spumeuse. Légère élévation de température. Dyspnée augmente. Mort dans le collapsus. Pas de ponction.

Autopsie. — Soudure du médiastin avec le péricarde et les plèvres, et de celles-ci à la paroi ; le tout forme un bloc blanchâtre.

La cavité pleurale gauche est réduite aux dimensions d'un poing d'homme, et contient 80 c/m de liquide hémorragique. L'épaississement atteint 4-5 m/m et jusqu'à 11 m/m en bas. Soudure des plèvres viscérale et pariétale, et pénétration du néoplasme le long des plèvres interlobaires. Le poumon con-

tient un peu d'air, ne présente aucune altération macroscopique. Noyaux dans les ganglions bronchiques.

A droite : un peu plus de liquide. L'épaisseur des plèvres atteint 6 c/m. Quelques nodules dans le poumon. Il en sort un suc blanc laiteux. Ganglions sus-claviculaires sont pris. Quelques noyaux sur le côté péritonéal du diaphragme.

Microscopiquement. — Stroma alvéolaire avec cellules polymorphes.

Observation XXVIII (Pirkner). — Cancer endothélial. — Homme de 53 ans. Pleurésie ponctionnée avant son entrée. Aspect phtisique. La moitié gauche du thorax est dilatée, et partiellement immobilisée, les espaces intercostaux effacés. Matité avec absence de respiration et de vibrations. Abcès en arrière au niveau de la ponction. On diagnostique un empyème.

Résection de sixième côte ; évacuation de pus en grande quantité. Poumon rétracté ; drainage ; pansement sec. Sécrétion abondante.

A droite matité aussi ; une ponction donne 200 grammes de liquide séreux trouble. Mort.

Autopsie. — Le thorax contient du liquide à droite. A gauche les deux feuillets pleuraux sont soudés sur la ligne mamillaire. La plèvre pariétale atteint 2 c/m d'épaisseur à la coupe ; elle n'a pas l'apparence normale d'une membrane pleurétique, mais contient des endroits opaques, blancs, comme cicatriciels, ailleurs d'aspect médullaire. Des noyaux partis de cette portion de la séreuse s'enfoncent dans les espaces intercostaux jusqu'aux muscles. Sur la plèvre viscérale, noyaux plats, isolés, et quelques tractus élargis en réseaux avec infiltration jaune blanchâtre. Le poumon est atélectasié, sans lésions.

A droite la plèvre porte des petits noyaux circonscrits gros comme des lentilles.

Péricarde — Petites élevures sur le péricarde pariétal. Soudure sur sa moitié gauche avec la plèvre : le tout forme une masse lardacée, semblable à du cuir.

La cavité abdominale contient 600 grammes de liquide laiteux. Quelques élevures comme des pois sur le mésentère, la surface péritonéale du diaphragme, la rate, et le revêtement du foie. Reins : hémorragies punctiformes de l'écorce. L'épiploon est épaissi et rétracté, les vaisseaux lymphatiques sont dilatés. On n'a pu trouver de tumeur abdominale primitive.

Examen microscopique. — Substance fondamentale, avec fentes remplies de cellules disposées en rangées, amas, cylindres, ou irrégulièrement : elles sont polymorphes. Le tissu conjonctif est riche en cellules plates et rondes, et prédomine.

L'endothélium de revêtement de la plèvre persiste par traces, en assises de plusieurs couches.

Les cellules néoplasiques ont un caractère épithélioïde; elles sont volumineuses, et ressemblent à des cellules d'épithélium plat : les noyaux sont volumineux. Mitoses. Dans les portions superficielles, les cellules sont plus abondantes : aspect alvéolaire et nettement carcinomateux surtout au niveau des nodules. Mais en somme le tissu conjonctif prédomine : on voit le néoplasme partir des fentes lymphatiques avec toutes les phases amenant à la forme alvéolaire. Les métastases ont une structure analogue.

C'est en somme une tumeur diffuse, endothéliale, ressemblant au cancer, et issue du tissu conjonctif de la plèvre.

Observation XXIX (Neelsen). — Lymphangitis carcinomatides. — Homme de 37 ans. Symptômes d'exsudat à droite. Une ponction donne un liquide trouble, avec hématies, leucocytes et cellules épithélioïdes en plaques.

Autopsie. — Dans muscle petit pectoral droit : deux noyaux gros comme un pois.

La plèvre droite contient trois litres de liquide brun-rouge, la plèvre gauche un demi litre. Le poumon droit est rétracté et du volume du poing. Toute la séreuse est traversée d'une masse blanchâtre, en noyaux confluents, plats, ou en bandes formant

un réseau. L'épaisseur atteint 1/2 à 1 centimètre. Couche fibrineuse jaune-rouge.

Dans le poumon on trouve de petits noyaux gros comme des lentilles, le long des bandes conjonctives.

Les ganglions bronchiques et axillaires sont engorgés et contiennent des noyaux cancéreux.

La plèvre gauche est également infiltrée ainsi que le poumon. Petits noyaux de la capsule du foie.

Examen histologique. — Toutes les parties de la plèvre participent au processus : on trouve un stroma conjonctif avec des cavités qui sont des lymphatiques dilatés, remplies de cellules. Structure alvéolaire.

Un premier réseau superficiel donne des canaux plus ou moins obliques pénétrant dans la profondeur, où l'on trouve des espaces plus larges. Les cellules sont polygonales, (plus petites que celles de l'épithélioma glandulaire ordinaire). Par endroits, transformation colloïde et dégénérescence graisseuse. Outre ces parties, arrivées à un stade ultime, il y en a où l'endothélium est normal ou à peine altéré. Il a fait des coupes en série qui montrent toutes les transitions. Les cellules du tissu conjonctif prolifèrent par endroits. Les parties les plus jeunes sont au centre Tout le système lymphatique est pris à la fois, d'abord le réseau profond, puis le superficiel, et enfin l'intermédiaire.

L'endothélium de bordure est absent presque partout : là où il existe il est presque cylindrique.

Peu de vascularisation. Pénétration du néoplasme dans le tissu interstitiel du poumon, et dans les bronches, jusque sous la muqueuse.

Les noyaux métastatiques ont une structure nettement cancéreuse. Dans le foie la propagation se fait surtout dans les espaces périvasculaires.

Observation XXX (Eppinger I).—Endothéliome.—Homme 44 ans, arrivé mourant, avec un épanchement considérable à

gauche ; suffocation. Une ponction donne un liquide hémorragique. Mort presque immédiate.

Autopsie. — La cavité pleurale gauche est remplie de liquide hémorragique fibrineux. Cœur repoussé à droite. Poumon atélectasié, gros comme deux poings. La plèvre pariétale est transformée en une membrane épaisse de 8 à 15 millimètres avec dépôts hémorragiques pseudo-membraneux : au-dessous on voit de nombreux kystes, gros comme une tête d'épingle ou un pois, remplis de liquide clair. Cavités en forme de marmites à bords mousses et plats, profondes de 2 à 4 m/m. Le tissu cellulaire médiastinal et péricardique est infiltré de masses blanc-gris. Petits noyaux métastatiques dans les ganglions médiastinaux, péribronchiques, et sus-claviculaires, dans le poumon gauche (gros comme des pois), le foie, la rate, les reins.

Examen microscopique. — Stroma pauvre. Cavités de forme variable remplies de cellules polymorphes : les cellules de bordure manquent par endroits : il semble qu'on ait des transitions avec des cavités lymphatiques dilatées, revêtues d'endothélium simple : les cellules s'agrandissent et forment des tubes ; il y a aussi de grosses cavités. Vers la superficie il y a du tissu de granulation qui aboutit aux formations kystiques. Vascularisation considérable. Produits inflammatoires ; par endroits indices de régression (dégénérescence colloïde, dépôts d'hématoïdine). Les noyaux pulmonaires se continuent avec la plèvre malade.

Les autres nodules métastatiques étaient semblables à la tumeur primitive.

Observation XXXI (Delafield III). — Endothéliome. — Homme de 64 ans, entre pour dyspnée douloureuse des deux côtés. Expectoration muco-purulente puis sanglante. Mort après un mois.

Autopsie. — Plèvre gauche contient un peu de liquide. Vieilles adhérences. Nodules plats sur la plèvre viscérale.

A droite. — Liquide hémorragique. Poumon rétracté. Toute la plèvre est parsemée de nodules. Il y en a sur le foie et la rate, et qui adhèrent au diaphragme d'autre part. La cavité péritonéale contient un peu de liquide sanglant Nodules sur le péritoine.

Histologie. — Les petites tumeurs pleurales étaient composées de cellules polygonales ordonnées en pseudo-tubes. L'endothélium de la plèvre costale présente des altérations marquées.

Observation XXXII (Vidal). — Cancer primitif de la plèvre. — Homme de 56 ans, avec épanchement gauche et signes de cachexie; dyspnée.

A l'autopsie on trouva un liquide jaunâtre, fibrineux, avec le poumon complètement rétracté.

Quelques plaques sur la plèvre viscérale. Epaississement inégal, d'aspect blanc-bleuâtre de la plèvre pariétale.

Pas de tumeur dans le poumon. Un petit noyau dans le foie et trois dans le rein droit.

Observation XXXIII (Kaufmann). — Endothéliome. — Cliniquement c'était une pleurésie séro-hémorragique droite, chronique, récidivante.

Anatomiquement : infiltration dure, gris rosée, diffuse, de la plèvre costale droite et diaphragmatique.

Ailleurs, noyaux plus mous, circonscrits, et excroissances sur la plèvre viscérale, noyaux durs, sessiles, pénétrant dans le diaphragme et se continuant sur le péritoine du côté droit et formant en dehors du cœcum un noyau blanc à la coupe, dur, gros comme le poing (?)

Pas d'autres métastases.

Observation XXXIV (Bostrœm) (d'après Engelbach). — Carcinome endothélial. — Pas d'histoire clinique.

A l'autopsie, on trouva sur la surface de deux poumons, un réseau de lymphatiques dilatés, avec des petits nodules gros comme des têtes d'aiguille aux intersections. Sur les coupes on trouve des dessins semblables avec nodules ponctiformes : il en sort une matière jaunâtre à la pression. Les lignes sont plus épaisses sur le lobe moyen droit.

Microscopiquement, aspect carcinomateux : cellules tassées, polymorphes, grandes, avec noyaux volumineux.

Ganglions bronchiques, trachéaux et rétropéritonéaux engorgés.

Les coupes démontrent que la néoformation n'était liée qu'aux lymphatiques et partait des endothéliums.

Observation XXXV (Chwostek). — Cancer primitif de la plèvre. — Homme de 41 ans, ayant eu un point de côté, suivi de dyspnée et de perte d'appétit. Épanchement pleural gauche avec déplacement du cœur, de la rate et du foie.

Une thoracentèse donne trois litres de liquide rouge-brun.

Autopsie. — Le diaphragme renferme quelques noyaux gros comme des noisettes. La cavité pleurale contient un abondant épanchement sanglant. La plèvre est épaissie, blanchâtre, peu résistante, et contient des noyaux renfermant un liquide laiteux. Il y a des noyaux dans le sixième espace intercostal, au hile, et dans le péricarde.

La plèvre viscérale présente les mêmes lésions. Noyaux gros comme des lentilles sur la plèvre droite.

Observation XXXVI (Rossier). — Cancer primitif diffus de la plèvre. — Homme, 42 ans. Début par point de côté, dyspnée, amaigrissement; on fait avant son entrée six ponctions de trois à trois litres et demi chaque.

A son entrée on constate des signes d'épanchement à gauche avec pectoriloquie aphone : cœur dévié à droite. Deux ponctions de 1 litre et 2 l. 900 donnent du liquide sanguino-

lent avec albumine et traces de sucre, et des plaques épithéliales; beaucoup de cellules en dégénérescence graisseuse avancée.

Puis résection costale par Roux (de Lausaune) sans ouverture de la cavité pleurale, troisième ponction (3 l. 1/2), puis quinze ponctions en deux mois (300 gr. à 4 l.); injection d'une solution de lugol. Des signes de pneumothorax apparaissent et la pleurésie devient purulente; on fait successivement cinq opérations avec résection de côtes sur la ligne axillaire parasternale, scapulaire. Lavages à la créoline, et à l'eau salicylée. Température 38°–39°.

Trois mois après la dernière intervention, hémorragie dans la cavité pleurale et mort (9 mois après son entrée).

Autopsie (Stilling). — La plèvre gauche a 2 centimètres d'épaisseur. Poumon rétracté, atélectasié, sans tubercules. Quelques noyaux dans un ganglion bronchique. Nombreux nodules miliaires blanchâtres sur le mésentère et dans le Douglas (ils ressemblent à des tubercules).

Nodules métastatiques dans la capsule surrénale gauche (tumeur grosse comme un noyau de cerise, dure et blanche) dans la capsule droite (noyau gros comme une noisette), dans le tissu connectif situé en avant du rein (plusieurs nodules blancs irréguliers), dans la capsule du foie (gros comme une tête d'épingle), et dans son parenchyme (noyau de cerise).

Autrement pas de tumeur.

Examen microscopique. – Deux parties. — Dans l'une plus trace de cellules: c'est une masse transparente homogène, finement striée, avec quelques fentes.

Au centre : trabécules de tissu connectif avec espaces irréguliers, occupés par de grandes cellules, épithéliales, polyédriques ou cylindriques; quelquefois le centre de l'alvéole est vide, leurs noyaux sont ronds et fortement colorés; le protoplasma granuleux.

Par places on trouve de fines rangées de cellules endothélia-

les interposées entre le tissu conjonctif et les cellules néoplasiques. Amas de cellules rondes.

Sur coupe du poumon on voit quelques cellules dans les alvéoles; mais le revêtement de celle-ci est intact.

Les métastases sont toutes cancéreuses.

Observation XXXVII (Kauders). — Cancer primitif. — Femme de 33 ans, qui souffrit subitement d'un point de côté à droite avec dyspnée et toux.

Signes d'épanchement avec température normale, foie abaissé, veines jugulaires dilatées.

Une ponction donne 530 centimètres cubes de liquide semblable à du sang veineux; une deuxième ponction donne 750 grammes du même liquide. Mort peu de temps après.

Autopsie. — Cavité pleurale droite remplie de liquide hémorrhagique, fibrineux. Coalescence du poumon avec paroi en haut et en arrière.

La surface pleurale est inégale, et contient des masses néoplasiques allant de la grosseur d'un pois à celle d'un œuf de poule, de couleur gris-rouge, molles, avec réticulum blanc.

Dans le lobe inférieur du poumon droit, quelques noyaux atteignant la grosseur d'une noisette.

La cavité pleurale gauche contient 1/2 litre de liquide hémorragique : noyaux pleuraux plus petits, gros comme une noisette ; il y en a dans le poumon.

Sur le foie, noyaux sous-capsulaires, allant du volume d'un pois à celui d'une noisette.

Pas d'examen histologique.

Observation XXXVIII (Gouguenheim). — Pleurésie cancéreuse. — Homme, 61 ans. Début il y a un mois pour douleur dans le côté gauche avec dyspnée. Signes complets d'épanchement. Thoracentèse donne un litre de liquide foncé sanguinolent, contenant les éléments du sang. Mort après huit jours.

Autopsie. — Poumon aplati et comprimé, légèrement adhérent à la plèvre. Liquide hémorragique.

La plèvre viscérale est épaissie avec caillots fibrineux. Le tissu pulmonaire est mou, friable, comme filamenteux, et contient de petits nodules très durs, noirs à la coupe, en petit nombre, gros comme des grains de chènevis.

Les plèvres pariétale, diaphragmatique, médiastine sont épaissies, décorticables, et sont parsemées de nodosités blanchâtres, atteignant le volume d'un grain de blé ou d'une noisette ; ils sont le plus abondants dans le sinus costo-diaphragmatique et au sommet. Il en sort à la coupe un suc blanchâtre, miscible à l'eau.

Le tissu en est mollasse et d'aspect encéphaloïde.

Les ganglions péritrachéaux sont dégénérés.

La face gauche du péricarde est infiltrée. Petits noyaux saillants sous la capsule du rein gauche et dans le rein droit. Rien dans aucun autre organe.

Histologiquement. — Carcinome à travées fortes, semblable au squirrhe de la mamelle : cellules polymorphes.

Observation XXXIX (Dieulafoy). — Cancer primitif. — Homme de 23 ans, entré avec des signes d'épanchement gauche : une ponction donne un litre de liquide fortement hémorragique; il est légèrement fibrineux et contient 1/10^{e} de sang environ.

Le début avait été marqué par de violentes douleurs dans les espaces intercostaux gauches, des crachats striés de sang, une diminution des forces : puis était survenue une phase aiguë récente avec frissons et oppression.

Pendant deux mois son état reste stationnaire : pouls accéléré ; pas de fièvre ; dyspnée surtout. On fit sept fois la thoracentèse en deux mois. Pas d'expectoration ni de toux. Puis, dans les dix semaines suivantes vingt-cinq évacuations de 3-400 grammes ; puis amélioration : deux ponctions en trois semaines ;

pendant 9 mois et demi la situation devient tolérable ; plus de dyspnée ; une seule ponction. Appétit conservé. La malade sort quinze jours. Puis il revient : phébite de la jambe droite, amaigrissement progressif, mort.

Autopsie. — Cancer primitif de la plèvre diaphragmatique gauche, gros comme le poing ; un litre de liquide hémorragique. Poumon tassé dans la gouttière costo-vertébrale, contient une tumeur grosse comme une noix. Rien dans le poumon droit, ni dans le médiastin ni dans les ganglions bronchiques.

Envahissement des trois premières vertèbres lombaires, du sternum, des trois dernières fausses côtes gauches. Noyaux dans le foie (1), le rein gauche (2) et la cloison interventriculaire.

Observation XL (Glockner I). — Endothéliome. — Homme, 52 ans. Antécédents : pneumonie il y a quatre mois, puis récidive avec fièvre. Œdème des extrémités supérieures, du tronc et des organes génitaux.

A son entrée, signes d'épanchement à droite. Scoliose. Une première ponction est négative. Une autre donne du liquide jaune-vert, épais, semblable à du pus, contenant des leucocytes et des grains brillants.

Mort brusque. Pas de fièvre.

Autopsie. — La plèvre est épaisse de 2-3 m/m, recouverte d'une épaisse membrane fibrineuse, et limite une cavité grosse comme une tête d'enfant.

Poumon adhérent en haut et sur les côtés.

La masse pénètre dans le poumon, le médiastin et le péricarde pariétal ; compression du hile pulmonaire et de la veine cave supérieure. Les ganglions péribronchiques et médiastinaux sont pris. — Noyaux dans le foie.

Examen histologique. — C'est un néoplasme alvéolaire ; tissu conjonctif infiltré de cellules petites, sans loi. Par endroit rangées de cellules polygonales et cubiques. Ailleurs, système de cavités anastomosées.

Transition avec les fentes lymphatiques.

L'endothélium de bordure est peu conservé et ne prolifère pas.

Infiltration de l'artère pulmonaire et de la veine sous-clavière, thrombosée. La tumeur se continue dans le poumon par les espaces interlobulaires.

Les ganglions ont des lésions correspondantes.

Dans le foie : les cellules néoplasiques sont plus grandes que celles de la tumeur primitive : elles sont cubiques et même cylindriques : caractère pseudo-tubulaire.

Observation XLI (Glockner II). — Endothéliome. — Homme, 26 ans. Toux depuis dix semaines. Troubles généraux ; hémoptysies. Visage et moitié antérieure du thorax œdématiés. Pouls plus fort à gauche qu'à droite. Pas de température. Dyspnée. Matité à droite. Ganglions sous-maxillaires et cervicaux profonds. Pas de bacilles dans les crachats. Mort au bout de trois jours.

Autopsie. — Fusion complète des plèvres et du poumon. Début du néoplasme sur la plèvre médiastinale qui atteint 2 centimètres d'épaisseur : le péricarde est infiltré. Tissu pulmonaire sans air : le poumon est envahi par le tissu interlobulaire. Les ganglions péribronchiques et la veine cave supérieure sont pris. La trachée également. Les ganglions cervicaux sont infiltrés. Le foie contient des noyaux miliaires en grand nombre, les veines sus-hépatiques en sont indépendantes.

Examen microscopique. — Structure alvéolaire. L'endothélium est conservé par places. L'origine lymphatique n'est pas affirmée.

Observation XLII (Glockner IV). — Endothéliome. — Femme de 70 ans. Pas d'histoire clinique.

Autopsie — 150 grammes de liquide sanglant dans la plèvre gauche. Petit noyau sur la plèvre pariétale entre la cinquième et la sixième côte.

A droite. — Grosse tumeur. Nombreux noyaux dans le poumon, le myocarde, la capsule surrénale droite, les deux reins, les ganglions rétropéritonéaux.

Examen histologique. — Carcinome encéphaloïde à cellules plates. Peu de tissu conjonctif. On voit nettement certaines formes de transition entre les cellules néoplasiques et les cellules des fentes lymphatiques.

Observation XLIII (Glockner V). — Endothéliome. — Homme de 42 ans. Pleurésie antérieure. Température 38°. Ganglions cervicaux. Respiration fréquente. Signes d'épanchement à gauche ; une ponction donne deux litres et demi de liquide sanglant.

Œdème scrotal, puis du thorax à gauche, et des membres inférieurs. Deux autres ponctions. Ses œdèmes augmentent. Mort.

Autopsie. — Poumon gros comme le poing, atélectasié. Petits noyaux pleuraux sur la plèvre pariétale; ils ont les dimensions d'une lentille.

Masses métastiques dans les fosses rénales, la vessie. Sérosité chyleuse dans le ventre; chylifères dilatés.

Observation XLIV (Deruschinsky). — Homme de 47 ans. Début par dyspnée, toux, et pesanteur à gauche. Expectoration muco-purulente. Signes d'épanchement. Cœur pas déplacé. Le pouls gauche est moins fort que le droit.

Les ganglions sous-claviculaires et axillaires gauche sont augmentés de volume, mais non douloureux.

Marasme. Pas de température.

Une ponction donne 1270 grammes de liquide hémorragique. Douleurs violentes irradiantes. Deuxième ponction. Mort.

Autopsie. — Noyaux mous, gros comme des noisettes dans le poumon droit.

La plèvre gauche est épaissie, grosse comme un doigt, et

recouverte de tumeurs molles, isolées ou en groupes; il en part des tractus dans le poumon.

On trouve des cellules endothéliales en dégénérescence hyaline, dans l'exsudat.

Pas d'examen histologique.

Observations XLV et XLVI (Riedinger). — Femme de 36 ans, qui souffrait de dyspnée, avec matité de tout le côté droit, et cœur repoussé à gauche : on pense à une pleurésie. Une ponction donne trois litres de liquide séro-hémorragique.

Une deuxième ponction donne un liquide fortement teinté : on pense à une néoformation.

Mort dans l'épuisement.

A l'autopsie. — Volumineux exsudat hémorragique.

Il y avait des noyaux néoplasiques sur toute la plèvre, le médiastin et le péricarde.

Sur son *deuxième cas*, presque pas de renseignements :

Femme ayant présenté un exsudat hémorragique des deux plèvres (?).

Observation XLVII (Benda). — Carcinome primitif de la plèvre. — Homme, 54 ans. Avant son entrée on avait fait à gauche, une ponction de trois litres de liquide.

On fit successivement jusqu'à seize évacuations de liquide clair. Puis, résections d'une côte : on constate une tumeur pleurale, ressemblant à un carcinome qu'on croit pulmonaire.

Transformation purulente de l'exsudat. Pyémie.

Mort la semaine après l'intervention.

Autopsie : Abcès métastatiques dans la peau et les reins. Tous les autres organes sont sains, sauf la plèvre gauche. On y trouve des petites tumeurs semblables à des cerises, plus confluentes par places.

Ailleurs se sont des tuméfactions plates, isolées ou réunies (sur la plèvre costale, viscérale, et diaphragmatique). Le tout

est recouvert d'un exsudat purulent. Ressemblance avec de petits condylomes. Plèvre normale en peu d'endroits.

Poumon atélectasié, avec de petits abcès, mais ne contenant aucune tumeur, dont il est séparé par une démarcation nette. Sur les autres portions de la séreuse les masses néoplasiques pénètrent dans le tissu sous-séreux et musculaire (diaphragme).

Sur les parties inférieures, on constate un épaississement diffus avec des colonnes dessinant une sorte de réseau.

Les ganglions médiastinaux sont hypertrophiés, mais non cancéreux.

Examen histologique. — A la superficie, aspect villeux et pseudopapillaire (Cf. kystes ovariques). Revêtement épithélial cylindrique. Dans la profondeur, bandes conjonctives limitant des alvéoles. Formations pseudokystiques et pseudoglandulaires : les cellules sont cylindriques. La tumeur s'est développée nettement en dehors de la couche élastique de la plèvre : par endroits, la démarcation est brisée et les cellules cancéreuses ont envahi les espaces lymphatiques. On voit toutes les transitions entre l'épithélium de bordure et les cordons alvéolaires.

Observation XLVIII (Gutmann). — Tumeur primitive de la plèvre. — Femme, 60 ans. Peu d'anamnèse. Commencement par vertiges, fatigue, manque d'air. Amaigrissement. Dyspnée. Signes de volumineux épanchement gauche, refoulant le cœur à droite.

Ponction de 3000 grammes de liquide séreux, légèrement fibrineux, suivie d'une deuxième évacuation de 3 l. 700. Pas de cellules spéciales dans l'exsudat : lymphocytes et polynucléaires en proportion égale. Mort après six semaines.

Autopsie. — Quatre litres de liquide clair dans cavité pleurale gauche. Adhérences lâches du poumon réduit de la moitié de son volume. Dans les deux lobes on reconnaît un réseau blanc de lymphatiques.

Plèvre pariétale. — Non épaissie, mais trouble, d'aspect satiné ; grand nombre de tumeurs sur les plèvres costale et diaphragmatique, tantôt sessiles comme des champignons, tantôt pédiculées à la manière des condylomes. Leur volume varie de celui d'une tête d'épingle à celui d'une châtaigne ; certaines sont plates et dépassent à peine le niveau de la plèvre. La confluence est plus grande près de la colonne vertébrale, à l'union des plèvres costale et diaphragmatique.

Leur couleur est brun-jaunâtre. Ailleurs, épaississement blanchâtre et limité, de la plèvre.

Taches hémorragiques et pointillé surtout sur la plèvre diaphragmatique. Macroscopiquement on ne voit rien dans le tissu propre de la plèvre. Petits kystes rénaux.

Sclérose aortique légère. Organes cyanosés.

Examen microscopique. — On a l'impression que ces tumeurs sont sur la plèvre et non dans la plèvre, et la pénétration intrapleurale serait secondaire. Toutes les tumeurs ont un pédicule large, ou long et étroit, et se présentent comme des épaississements en boutons du tissu pleural.

Tige. — Stroma conjonctif assez riche en cellules, avec infiltration de cellules rondes ; puis subdivision en fibrilles allant se perdre dans toutes les directions dans le corps de la tumeur.

Tumeur. — Masse de cellules tassées sans conformation spéciale ; les cellules sont sans forme caractéristique, tantôt rondes, tantôt fusiformes ; il y a une substance intercellulaire composée de fibres minces dépendant du stroma. Ailleurs, quelques cavités rares entourées d'une rangée de cellules cylindriques basses.

La surface de la tumeur est recouverte de nombreuses cellules en couches multiples, revêtement qui manque par endroits, et se continue ailleurs avec les cellules du corps de la tumeur. Au-dessous de ce revêtement on voit souvent une zone d'infiltration.

Au niveau de la tige on voit ce revêtement se continuer avec l'endothélium bordant de la plèvre.

Ce dernier est tantôt absent, tantôt plat, ou cylindrique, et ailleurs enfin, stratifié.

Coupe au niveau d'un épaississement simple de la plèvre. — On trouve, dans les couches superficielles seulement, quelques amas de cellules polymorphes remplissant des lacunes (ce sont sans doute des fentes et vaisseaux lymphatiques remplies de cellules néoplasiques). Ils se continuent avec l'endothélium superficiel. Ces amas existent surtout à la base des tiges comme si la tumeur pénétrait dans les lymphatiques.

Ce néoplasme n'appartient pas à la classe des endothéliomes de Wagner.

Observation XLIX (Dutil). — Cancer primitif de la plèvre et du péricarde. — Femme, 56 ans. Début par perte d'appétit, gêne respiratoire, amaigrissement, puis point de côté droit, avec dyspnée et toux sans expectoration.

Œdème malléolaire remontant jusqu'au genou.

A son entrée, aspect d'une asystolique. Pouls petit et inégal. Cyanose des extrémités. Signes complets d'épanchement : foie abaissé et cœur refoulé à gauche. Expectoration muqueuse. Température 37°6.

Une ponction donne 1200 grammes de liquide rouge-brun, opaque, semblable à du sang pur, et fortement fibrineux. Soulagement. Le surlendemain, une ponction exploratrice faite en avant dans le quatrième espace, donne un liquide rosé.

Quelques jours après, on entend des frottements.

La guérison semble complète.

Mais la malade revient après trois mois. Œdème de la face, suffocations; cyanose et œdème de toute la partie sus-diaphragmatique du corps ; dilatation des veines sous-cutanées.

Pas d'ascite ni d'œdème des membres inférieurs.

Il y a de la matité thoracique ; mais la ponction reste néga-

tive. On sent des ganglions sus-claviculaires droit et gauche.

On pense à une tumeur pleuro-pulmonaire à cause de l'absence de déplacement du cœur et de la forme de la matité qui ne dépasse pas le sternum à gauche.

Mort quelques jours après.

Autopsie. — On trouve une plaque néoplasique recouvrant la face antérieure du poumon et évidée en coupe pour recevoir l'oreillette droite ; elle est incluse dans la plèvre, avec refoulement du poumon. Le maximum d'épaisseur se trouve au niveau du cul-de-sac antérieur (4 cent.).

Les ganglions médiastinaux sont pris, la veine cave supérieure comprimée, mais non envahie.

Pas de liquide dans la plèvre. Pas de noyaux cancéreux dans le poumon. Pas de péricardite bien que le feuillet pariétal soit partiellement envahi.

Rien dans les autres organes, tous examinés.

La tumeur est ferme, blanc-grisâtre, donne un suc laiteux par le râclage ; ses limites sont nettes : elle contient des petites cavités kystiques avec une bouillie jaunâtre. Quelques foyers hémorragiques.

Microscopiquement. — Stroma fibreux dont les mailles contiennent des éléments cellulaires de formes diverses, à noyaux réfringents, se groupant par endroits en lobules arrondis; les cellules centrales sont en dégénérescence graisseuse, les cavités kystiques semblent avoir pour centre des vaisseaux dégénérés.

Observation L (Darolles) — Cancer primitif de la plèvre propagé au poumon. Généralisation. — Homme de 49 ans ayant présenté des symptômes généraux, avec douleur à gauche, et de l'obscurité respiratoire. Masse ganglionnaire sus-claviculaire, et axillaire. On observe successivement des noyaux dans la longue portion du triceps, sur partie latérale de la colonne vertébrale, et dans le grand droit de l'abdomen. Expectoration striée de sang.

Autopsie. — Masse ganglionnaire sous-sternale unie à la sus-claviculaire. Pas de liquide dans la plèvre. Le poumon gauche est uni à la masse précédente et à la plèvre, considérablement épaissie en arrière; son lobe supérieur est pris.

Noyaux métastatiques dans le poumon droit, le corps thyroïde, la cloison interventriculaire, et le ventricule droit, le foie, les deux reins ; la masse a pénétré dans le canal vertébral et englobé les quatre premières côtes. Microscopiquement c'est du cancer.

Observation LI (Eppinger II). — Endothéliome. — Femme de 16 ans. Début il y a six mois. Épanchement pleurétique droit. Suffocations; puis paralysie des membres inférieurs; apparition de masse fluctuante sur côté droit de dixième vertèbre dorsale. Pas de ponction. Mort. Diagnostic clinique : empyème.

Autopsie. — La moitié thoracique droite est remplie d'une volumineuse formation ayant repoussé le cœur en haut et à gauche, la tumeur partie du côté droit de la plèvre diaphragmatique remontait, embrassait le hile pulmonaire, se continuait sur la plèvre pariétale, en plaques isolées, jusqu'à la dure-mère spinale en arrière.

Noyaux métastatiques dans les deux plèvres viscérales, le poumon gauche, le foie, les reins et les ganglions médiastinaux. Issue de suc blanchâtre à la coupe.

Histologie. — Structure alvéolaire. Par endroits, simple revêtement cylindrique En un endroit de plèvre intercostale, grosse cavité qui porte, en un endroit, des cellules endothéliales presque normales, puis des formes de transition avec les cavités comblées de cellules cubiques. Les cellules sont polygonales, et relativement petites avec gros noyau.

L'endothélium de bordure de la plèvre existe par traces : Pas de prolifération. Peu de cellules rondes.

Observation LII (Schweninger). — Lymphangitis prolifera. — Pas d'histoire clinique.

Cadavre de 54 ans ; femme qui, sauf une ascite, n'avait pendant sa vie présenté rien d'anormal ; il sort du ventre un liquide blanc verdâtre, trouble, avec nombreux corpuscules gras, et des cellules endothéliales en dégénérescence graisseuse. En outre, réseaux lymphatiques partiellement obstrués sur intestins, très variqueux.

Tumeur pylorique qui n'est qu'un épaississement de la musculeuse comme dans l'ulcère simple (?)

Dans tous les organes abdominaux les lymphatiques semblent intéressés : leur tissu interstitiel est épaissi ; il y a des lymphatiques cancéreux sur les reins, les capsules surrénales, des nodules sur le foie et les ovaires.

De même dans le poumon et les plèvres les lymphatiques sont dilatés et remplis de masses cancéreuses ainsi que le péricarde.

Observation LIII (Lépine). — Carcinome primitif de la plèvre chez un enfant. — Fille, 10 ans, ayant présenté de l'obscurité respiratoire à gauche, avec souffle, et matité. Pas de ponctions. Morte après dix jours, sans fièvre, avec des signes de compression du médiastin.

A l'autopsie. — La cavité pleurale droite a disparu en avant, où l'on trouve une masse dure squirrheuse adhérant à la paroi, étalée en plaque, en arrière : petite cavité avec liquide sanguinolent, cloisonnée. La plèvre pariétale est épaissie, la viscérale moins. Le poumon, réduit au volume du poing, contient quelques noyaux superficiels, dépendant de la plaque et semblant se propager le long des cloisons interlobulaires.

Lésions semblables à gauche (quelques noyaux pleuraux). Les ganglions bronchiques sont pris, le péricarde perforé par la masse ainsi que la veine cave supérieure et le diaphragme. Rien ailleurs.

Histologiquement. — C'est du carcinome (alvéoles à cellules polymorphes).

Observation LIV (Harris II). — Intra-thoracic malignant disease. — Homme de 37 ans. Début par des symptômes de bronchite et d'inflammation du poumon. Un peu de sang dans l'expectoration, mais pas de vraie hémoptysie.

A son admission, aspect émacié ; dyspnée, hémoptysie. Le groupe ganglionnaire sus-claviculaire gauche est pris. Le cœur pas dévié. Matité à gauche et en arrière. Diagnostic : tumeur maligne intra-thoracique. Pas de ponction.

Autopsie. — Poumon très adhérent ; plèvre gauche oblitérée. Epaississement des plèvres, et aussi de l'interlobaire. Impossibilité de séparer les deux feuillets viscéral et pariétal : épaisseur la plus considérable au niveau du diaphragme. Les ganglions bronchiques sont pris. On voit des bandes néoplasiques traversant le poumon en partant du hile, et le long des bronches. Quelques noyaux gros comme des pois dans le foie.

Examen microscopique. — Structure épithéliale pavimenteuse. Il pense que le point de départ est dans le revêtement épithélial de la plèvre. Les métastases ont une structure semblable. Au sommet du poumon, lésions simplement catarrhales et inflammatoires.

Observation LI (Savard). — (*In* thèse Vinet). Pleurésie hémorragique cancéreuse primitive. — Homme, 49 ans. Début par point de côté, toux, crachats sanglants. Œdème de la paroi. On fait trois ponctions donnant du liquide hémorragique. Mort quinze jours après son entrée.

Autopsie. — Cavité pleurale gauche : exsudat hémorragique. Plèvre épaissie partout (1 1/2 à 2 cm). Le poumon est rétracté, du volume du poing, et contient plusieurs noyaux durs. Rien dans aucun autre organe.

Examen histologique (Déjerine) — Stroma conjonctif creusé de cavités, ressemblant aux alvéoles d'un carcinome, les unes arrondies et kystiques, d'autres irrégulières ; enfin il y a de sim-

ples fentes revêtues d'une seule couche d'épithélium cylindrique. On ne trouve rien dans le poumon.

C'est un épithélioma métatypique.

Observation LVI (Pitt). — Cancer primitif. — Femme de 61 ans. Douleur à gauche. Dyspnée. Signes d'épanchement : une ponction donne une sérosité hémorragique. On observe ensuite une paralysie faciale gauche, avec parésie du membre supérieur gauche, paralysie du membre inférieur droit, dysphagie. Mort.

Autopsie. — Caillot décoloré dans l'artère cérébrale moyenne. Liquide hémorragique dans la plèvre gauche. Poumon comprimé. La plèvre viscérale est rouge, opaque, pas épaissie. La plèvre pariétale est épaissie, présente des dépressions et des saillies, et est recouverte d'une couche fibrineuse.

Les ganglions sus-claviculaires et médiastinaux sont engorgés et contiennent les masses néoplasiques. Compression partielle de l'aorte et des vaisseaux pulmonaires. Noyaux sur le péricarde, dont la cavité contient de la sérosité hémorragique. Caillot récent sur la mitrale.

Noyaux secondaires dans le tissu sous-muqueux du jéjunum, le foie, et le rein droit.

Examen histologique. — Stroma fibreux avec alvéoles : cellules cylindriques à gros noyau ; le noyau jéjunal a une capsule fibreuse, et n'infiltre pas les tissus voisins, ni la muqueuse : donc il est secondaire. Il élimine aussi l'origine bronchique (aux dépens de glandes muqueuses).

Observation LVII (Collier). — Primary malignant disease of pleura. — Homme de 43 ans. Début par douleur à la base droite, dyspnée et dysphagie pour les solides. Diminution de l'expansion thoracique ; matité. Frottements à la base gauche. Signes de rétrécissement œsophagien ; une sonde n° 3 passe à peine. Une ponction ramène du sang.

Autopsie. — La cavité pleurale contient un liquide hémorragique. La plèvre est très épaissie, semblable à du cartilage Noyau sur la surface inférieure du diaphragme.

Il y a un rétrécissement œsophagien au niveau du passage diaphragmatique, admettant à peine le petit doigt ; mais il est d'origine externe, et dû à la compression par les noyaux diaphragmatiques. Cependant sa paroi est épaissie (?)

Les ganglions prévertébraux sont pris.

Examen histologique. — Tissu fibreux avec cavités et cellules épithéliales, structure pseudo-alvéolaire. Les ganglions sont en dégénérescence colloïde. On ne donne pas l'examen du rétrécissement œsophagien.

Observation LVIII (Schottelius). — (*In* Neelsen). — Femme de 42 ans. Exsudat clair à droite. Poumon adhérent en bandes au péricarde et à la plèvre costale : il est parsemé de noyaux durs, jaunes, gros comme des noix. De même sur le côté pleural et péritonéal de la moitié droite du diaphragme. Métastases dans le péricarde et les ganglions bronchiques.

Microscopiquement. — Dilatation des vaisseaux lymphatiques autour des bronches et dans les séreuses avec prolifération ressemblant à du cancer.

2° Sarcomes.

Observation I (Israël-Rosenthal, I). — Sarcome primitif. — Homme de 19 ans qui tombe malade après un traumatisme de la moitié droite du thorax, et entre au bout d'un mois avec tous les symptômes d'un volumineux épanchement pleural droit. Un peu de fièvre.

Plusieurs ponctions évacuent de petites quantités (200 gr. au plus) de liquide brun chocolat, et souvent restent blanches.

Mort au bout de dix jours.

A l'autopsie on trouve un énorme sarcome à cellules rondes de la plèvre droite, avec compression du poumon sous-jacent sain.

Tous les autres organes ainsi que les ganglions du médiastin sont sains.

Observation II (Israël-Rosenthal II). — Sarcome primitif. — Homme de 67 ans. Malade depuis 1 an 1/2, et souffrait surtout dans l'hypochondre gauche et la région iliaque. Pas de symptômes thoraciques. A son entrée, épanchement du côté gauche ; on retire un liquide hémorragique.

A l'autopsie on trouve un énorme sarcome globo-cellulaire, gros comme une tête d'homme, et partant de la plèvre gauche. Compression du poumon qui est intact.

Petit noyau secondaire frais dans le sommet du poumon droit (gros comme une noix).

Les ganglions médiastinaux sont pris.

Observation III (Percy-Kidd et Habershon). — Myxosarcome primitif de la plèvre. — Jeune homme de 18 ans 1/2 ; début brusque avec dyspnée et douleur. Signes d'épanchement à gauche avec déviation du cœur. La ponction ne donne qu'un peu de liquide sanglant.

Mort trois mois après le début.

Autopsie. — Grosse masse lobulée, sur plèvre gauche, avec refoulement du poumon. A la section on voit du tissu fibreux avec cavités kystiques contenant du liquide puriforme et sanguinolent.

C'est un sarcome à cellules rondes avec dégénérescence mucoïde par endroits, et aussi caractère angiomateux.

Début dans tissu sous-séreux.

Observation IV (Mlodziewsky). – Sarcome primitif de la plèvre et du péricarde. — Femme de 32 ans. Début par faiblesse, toux, dyspnée, avec crachats muco-purulents.

On trouve de la matité à gauche, respiration diminuée, mais sans déplacement appréciable du cœur. Il pense à une tumeur se trouvant à la partie supérieure du poumon, avec épanchement minime.

Une ponction donne 850 de liquide limpide ; une deuxième 1650; puis troisième ponction hémorragique.

Autopsie. — Volumineux sarcome, à surface lisse, non ulcérée, comme recouvert par la plèvre gauche (sorte de capsule). Le poumon comprimé et rétracté est intact. Le péricarde pariétal est épaissi et blanchâtre. Les ganglions étaient envahis.

Observation V. (Bernard) (obs. II de Brunati ; obs. I de Pétriaux). Fibrome embryonnaire de la plèvre. — Homme de 23 ans, toussant depuis trois mois. Signes d'épanchement à gauche : aplatissement thoracique dû à scoliose ancienne. Amaigrissement, sueurs.

Ponction donne liquide hémorragique. Crises douloureuses intercostales. Dilatation des veines de la paroi thoracique ; cœur refoulé à droite.

Dilatation progressive du côté gauche. Pas de signes pulmonaires : on sent sous les fausses côtes une saillie semblable à une rate paludique. Muguet. Mort après sept mois.

A l'autopsie. — Masse blanche molle, semblable à de la cervelle de mouton ; liquide clair. Le poumon contient 2-3 noyaux, ainsi que les espaces intercostaux et les côtes. Le péricarde est envahi et fusionné avec la plèvre médiastine gauche.

Le médiastin postérieur est envahi.

Rien aux autres organes.

C'est un fibrome embryonnaire.

Observation VI (Blumenau). — Néoplasme malin primitif. — Homme de 23 ans. Début depuis deux mois, insidieux : douleur à gauche, avec irradiations vers le sacrum et les membres inférieurs. A son entrée : amaigrissement, cachexie pseudo-cancé-

reuse ; peau jaunâtre. On voit une saillie en arrière et à gauche sur le thorax, douloureuse à la palpation : immobilisation, matité fixe, affaiblissement des vibrations et du murmure vésiculaire. Le cœur n'est pas dévié. Rien ailleurs. Température 37°8 (soir). Ponction négative. On pense à néoplasme pleural ou pulmonaire, car il n'y a pas de signes de compression des organes médiastinaux. De plus pas de toux ni d'expectoration.

Plus tard, affaiblissement progressif, paraplégie avec paralysie des sphincters, eschares sacrées.

Mort dans un accès de dyspnée.

Autopsie. — Sérosité sanguine dans la cavité pleurale gauche : le poumon est rétracté. On trouve une énorme tumeur (3 kilos) adhérente à la paroi thoracique, la colonne vertébrale, le sternum. Le feuillet viscéral de la plèvre est épaissi et contient des noyaux gros comme un pois ou un haricot. Couleur rose blanchâtre, consistance molle, surface irrégulière de la tumeur.

Péricarde épaissi ; ganglions médiastinaux pris ; sur coupes on voit des épanchements sanguins récents ; le lobe inférieur du poumon gauche est envahi. De même les corps des 3 dernières vertèbres dorsales, et des 2 lombaires : compression de la moelle.

Histologiquement. — Sarcome globo-cellulaire parti du feuillet pariétal de la plèvre.

Observation VII (Dumarest). — Sarcome primitif de la plèvre droite. — Homme de 56 ans, ayant eu autrefois une pleurésie gauche terminée par vomique. Contusion de la région hépatique droite. Douleur, oppression ; pas de dépérissement ni d'expectoration. Douleur à l'épaule et au bras.

Matité ligneuse, obscurité respiratoire ; égophonie. On pense à kyste hydatique avec épanchement pleural secondaire. Une ponction donne un liquide hématique.

Œdème de la paroi, asphyxie. Mort.

Autopsie. — Tumeur de 3 kgr. 600 formée par les feuillets pleuraux droits épaissis, ayant envahi le médiastin, la moitié du diaphragme et les 2/3 inférieurs du poumon. Un litre de liquide dans une série de cavités cloisonnées en arrière. Le tissu de la tumeur est ferme, blanc-grisâtre, mamelonné.

Pas de généralisation, ni d'adénopathie.

Observation VIII (Brunati I). Sarcome primitif. — Femme de 28 ans. Début par amaigrissement, point de côté droit, et fièvre. Puis, dyspnée, pouls petit; sueurs, fièvre 38°.

Signes d'épanchement à droite. Une ponction donne 750 grammes de sang presque pur.

Après une deuxième ponction (2 l. 100) la mort survient (4 jours après).

A l'autopsie. — Poche pleine de bouillie, semblable à de la pulpe cérébrale. Poumon atélectasié. Rien aux autres organes.

Histologiquement. — Sarcome fuso-cellulaire.

Observation IX (Regnault; Brunati (IV). — Sarcome primitif. — Homme, 57 ans. Début par frissons, fièvre, nausées, toux ; puis dyspnée, douleur lelong du phrénique ; toux quinteuse. Peu d'expectoration. Signes d'épanchemeut à gauche, mais sans égophonie. Une ponction donne un litre 1/4 de liquide limpide : on fait neuf ponctions, la dernière est hémorragique. Œdème du tronc. Mort après cinq semaines.

Autopsie. — Cinq à six litres de liquide clair dans la plèvre gauche; la séreuse est parsemée de granulations blanches, non ulcérées, grosses comme un grain de millet ou de noisette, formant un véritable semis sur la face du poumon, surtout la face inférieure. A la coupe elles empiètent légèrement sur la plèvre diaphragmatique, quelques adhérences.

Le poumon est atélectasié, sain à la coupe. Quelques végéta-

tions à la base de la plèvre droite. Péricarde intact. Les ganglions médiastinaux sont pris. Quelques granulations sur la partie gauche du péritoine diaphragmatique. Les végétations donnent à la coupe un suc laiteux, contenant des cellules rondes à gros noyau. Rien aux autres organes.

Histologiquement. — Grand nombre de cellules embryonnaires accolées sans interposition de substance : en majorité rondes à gros noyau. Quelques-unes ovales, et même avec prolongements aux deux pôles.

Observation X (Hofmokl). — Sarcome endothélial. — Garçon de 7 ans. Dilatation et immobilisation du côté droit ; à l'auscultation on sent nettement la limite entre la partie du poumon qui respire et la partie vide. Ponctions négatives. Dilatation des veines sous-cutanées Mort avec dyspnée violente.

Autopsie. — Masse grosse comme une tête d'homme (vingt centimètres de diamètre) recouverte d'une membrane mince dont on ne peut la séparer (c'est la plèvre); par endroits semble adhérente aux côtés mais on peut les séparer. Compression partielle du poumon. Consistance molle de la tumeur, aspect gris jaune.

Structure. — Stroma avec cavités remplies de cellules étoilées et fusiformes séparées par le stroma; sarcome alvéolaire (?) issu de l'endothélium de la plèvre ou des lymphatiques.

C'est un cas qui semble comme intermédiaire aux sarcomes vrais et aux « endothéliomes ».

Observation XI (Kaufmann). — Sarcome. — Femme de 29 ans. On trouva à l'autopsie une tumeur grosse comme une tête d'enfant, de consistance molle, remplissant la partie inférieure de la cavité pleurale droite. Le diaphragme est infiltré.

Microscopiquement. — Sarcome : les masses cellulaires formaient en bien des endroits des manchons autour des vaisseaux quelques-uns thrombosés. Nécrose par endroits.

Petites métastases dans la rate, les reins, le foie.

Observation XI (A. de la Ménardière).—Sarcome primitif. — Femme de 31 ans. Oppression, toux, signes d'épanchement.

Ponctions multiples donnant du liquide hémorragique, deux petites tumeurs dans la région deltoïdienne droite et à la partie interne de la cuisse.

A l'autopsie. — Plèvre seule intéressée, comme engainant le poumon.

C'est du fibro-sarcome.

Observation XIII (Demange). (in Th. Vinet). — Cancer colloïde primitif des deux plèvres. — Liquide citrin.

La plèvre droite est tapissée de tumeurs allant du volume d'un pois à celui d'un grain de raisin et contenant du liquide gélatiniforme.

Il y en a dans les deux poumons, autour des bronches, le tissu pulmonaire étant sain.

Ganglions du hile et du mésentère sont gros.

Observation XIV (Gordon) (voir Vinet). — Femme de 20 ans. Épanchement droit énorme. Sarcome globo-cellulaire.

Observation XV (Schreiber). (Thèse Vinet). — Homme de 58 ans. Ponction négative ; on trouve une tumeur emplissant la partie inférieure de la plèvre, adhérente au diaphragme et au péricarde, et se prolongeant jusque dans la région pancréatique.

Métastases hépatiques et musculaires (pariétales).

Observation XVI (Schreiber). — Femme de 24 ans ayant reçu contusion : ponction négative ; une deuxième donne du sang avec cellules sarcomateuses. Pas d'autopsie.

Observation XVII (Leube). — Sarcome développé sur

feuillet costal de la plèvre. Épanchement pleurétique droit, puis dyspnée progressive, dilatation des veines superficielles. Une ponction donne un liquide hémorragique.

Observation XVIII (Niconoroff). — Sarcome fuso-cellulaire, confondu pendant la vie avec épanchement pleural, puis avec anévrysme aortique.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Arnault de la Ménardière. — Études cliniques sur les manif canc. de la plèvre. *Th. Paris*, 1874.

Benda (C.). — Ueber das prim. Carcin. der Pleura (Discussion). *Deutsche med. Woch.* (1897, XXIII, 324. Ver. Beil. 77.)

Benda. — *Verein f. innere med. Berl.*, 1897, 22 février.

Bernard. — Fibrome embryonnaire de la plèvre, *Soc. anat.* 1893, p. 605.

Biggs. — Endothélioma of the pleura (*N.-Y. Path. soc.* 1891).

Birsch-Hirschfeld. — Lehrb. der path. anatomie. Leip. 1894, p. 460.

Blumenau (M.-B.). — Primary symptoms of malignant new formations of pleura. *Vratsch. St-Pétersb.* 1892, XVI, 1269.

Bœhme (M.). — Primæres sarco-carcinom der Pleura. *Arch. f. path. anat. etc. Berlin*, 1880, LXXXI, p. 1881, 1 pl.

Bostrœm. — *Thèse Erlangen*, 1876, et in thèse Engelbach.

Braun. — Endotheliom der Pleura. *Thèse Tubingen*, 1901.

Brunati (P.-M.). — Essai sur l'étude clinique du sarcome primitif de la plèvre. *Paris*, 1894, n° 20.

Coats (J.). — A case of primary cancer of the pleura. *Glasgow M. J.* 1889, XXXII, 15.

Chwostek. — (In thèse R. Moutard Martin).

Cohen (Max.). — Ein fall von primæren Fibrosarcom der Pleura. (*Wurtzbourg, Bonitas Bauer*, 1895, 27 p.).

Collier (W.). — Case of primary malignant disease of the pleura. (*Lancet Lond.* 1885, II, 945).

Darolles. — Cancer primitif de la plèvre propagé au poumon. Généralisation, *Soc. anat.* 1874, 439.

Darolles. — Cancer de la plèvre, *Th. Paris*, 1877.

Delafield (F.). — The primary new growths of the pleura. *Med. Rec. N.-Y.* 1902, LXII, p. 761.

Demange (E.). — Cancer colloïde prim. de la plèvre. *Rev. méd. de l'Est, Nancy*, 1879, XI, 108.

Deruschinsky (S.-F.). — Primæres sarcom der Pleura. *Deut. med. Wochensch.* 1888, XIV, 52.

Dieulafoy. — Cancer prim. de la plèvre. Pleurésie hémorragique, *Soc. méd. hôp. Paris*, 1886, III, 36.

Dumarest. — Sarcome primitif de la plèvre droite. *Lyon médical*, 1894, p. 127.

Dutil (A.). — Note sur un cas de cancer prim. de plèvre et péricarde. *Gaz. méd. de Paris*, 1887, IV, 325.

Engelbach. — Beitrag z. differentialdiag. pleurit exsud. u. neubildung. der Pleura, *Fribourg*. 1891.

Eppinger. — *Prag. med. Woch.* 1876 et *Schmidts Jahrbücher* 1880.

Ferrio (L.). — Per la diagnosi dei tumori maligni primitivi della Pleura. *Gior. d. R. Accad. di Med. di Torino* 1901, VII, 547.

Ferrio et Bormans. — *Morgagni*, 1901, n° 11.

Ferrio (L.) et Rovere (J.). — Ricerche histol. sull. endothel. prim. della pleura. *Arch. per sc. med. Torino*, 1902, XXVI, 337.

Fossard. — Pleurésie hémorr. unilat. de nat. cancér. *Soc. anat.* 1899, p. 287.

Frœnkel (A.). — Ueber primæren Endothelkrebs (lymphangitis prolifera) der Pleura. *Verrœffentl der. Hufeland Gesellsch, in Berlin. Vortr.* (1892), 1893, p. 50.

Frœnkel. — *Berl. Kl. Woch.* 1892.

Gay. — *Boston med. and. surg. journ.* 1876.

Gebhardt. — Th. Leipzig, 1894.

Glockner. — *Zeitschrift f. Heilk.* 1897, t. XVIII, p. 209.

Gouguenheim. — *Soc. méd. hôp.* 1886, p. 161.

Greenish (R. W.). — A case of primary sarcoma of the pleu-

ra. *J. anat. Phys. Lond.* 1882-1883. XVII, 323.

Gutmann (C.). — Beitrag zur Kentniss der prim. malig. Tumoren der Pleura. *Deut. arch. f. Kl. med. Leip.* 1902-3 LXXV. 337.

Harris (Th.). — A contribution of the pathology and clinical features of primary malignant disease of the pleura. *J. Path. Bacteriol. Lond.* 1883-4, II, 174.

Harris (Th). — Primary malignant disease of the Pleura. (*Brit. M. J. Lond.* 1892, II, 1434).

Hebb. — Primary cancer of pleura. (*Tr. Path. soc. Lond.* 1892-3) XLIV, 5.

Hofmokl. — *Arch. f. Kinderheilkunde*, 1885, B. VII, p. 81.

Israel Rosenthal. — Contrib. à l'histoire clin. du sarc. prim· de pl. *Nord. med. ark. Stockholm*, 1900, XI, n° 7 p. 1.

Kauders. — Zur Kasuistik der Pleuraerkrankungen, *Wien. méd. Blætter*, 1880 p. 648.

Kaufmann. — Lehrbuch der speziellen path. anat. *Berl.* 1901, p. 237.

Kidd (P.) et Habershon. — Primary myxosarcoma of the Pleura *Trans. Path. soc. Lond.* 1897-98 XLIX. 15.

Labbé, Delille et Aguinet. — Cytodiagn. de la pleur sarcom. *Soc. an.* 1902, p. 507.

Lambrecht (B.). — Beitrag zur Kentniss des primæren pleurakrebses *Greifswald.* 1903, 55 p.

Lebert. — Anat. path. T. I, p. 706.

Leclaire. — Cancer de la plèvre conséc. à pleurésie de longue durée. *Ann. Soc. anat. path. Brux.* 1877. XXVI. 153.

Lenhartz et Lochte. — Ueber prim. pleurakr. *Berl. Kl. Woch.* 1898. p. 20.

Lépine (R.). — Carcinome primitif de la plèvre chez un enfant. *Soc. anat*, 1869, p. 331.

Leube. — Diag. des mal. internes, 1889, p. 209.

Malmsten. — *Th. Wurtzbourg*, 1875.

Mendousse. — *Th. Paris*, 1872.

Ménétrier. — In. Traité de Méd. Brouardel-Gilbert.

Meslay et Lorrain. — Cancer primitif des 2 plèvres. *Soc. anat.* 1903, p. 88.

Mlodziewsky (V. K.). — Case of primary endoth. (sarcoma) of the pleura and pericardium. *Bolnit. gaz. Botkina. Saint-Pétersb.*, 1898, IX, 554.

Moutard-Martin (R.). — Les pleurésies hémorragiques. *Th. Paris*, 1878.

Musset. — *Soc. An. 1850 (in th. Mendousse).*

Neelsen. — *Deutsch. arch. f. kl. med.* XXXI, 1882, p. 375.

Niconoroff. — *Vratch.* 1881, nº 13, p. 213.

Perls. — *Virchows archiv.* T. 56, p. 438.

Pétriaux. — Les tumeurs de la plèvre. *Th. Paris*, 1893-94.

Pirkner. — Beitr. z. histogen. des prim. endothelk. der pleura. *Th. Greifswald*, 1895.

Pitt (G.-M.). — Primary cancer of pleura. *Trans. pat. soc. Lond.*, 1887, XXXIX, 56.

Podack. — *Deut. arch. f. kl. med.* LXIII, p. 1, 1899.

Regnault. — Sarcome de la plèvre. *Soc. an.* 1887, p. 528.

Riedel. — Un cas d'endoth. papill. prim. de la plèvre. *Th. Greifswald*, 1898.

Riedinger. — Verletz. u. chir. Krank. des thoraces. *Collect. Billroth et Lucke, 42. Stuttgart*, 1888, p. 278.

Rossier (G.). — Contribution à l'étude du cancer prim. diff. de la plèvre. *Beit. z. path. anat. u. z. allg. Path. Iena.* 1893, XIII, 103.

Savard. — Pleurésie hémorrh. canc. prim. (épith. métatyt.) *Soc. anat.* 1879, p. 74.

Schottelius. — Thèse Wurtzbourg, 1874.

Schultz (R.). — Endothelcarcinom. (*Arch. der Heilkunde*, 1876, XVII, p. 1).

Schultze-Vellinghausen. — Beitr. z. Kentn. des prim. Endothelkrebses der Pleura. *Münch. med. Wochens*, 1900, XLVIII, 647.

Schwalbe. — *Deutsche med. Wochensch.* 1891, p. 41.

Schweninger. — *Annal. der Krank. zu München*, 1878, p. 365.

Stewart (J.) et Adami (J.-G.). — Case of primary angiosarcoma of the upperportion of the left pleura. *Montréal M. J.*, 1893-4 XXII, 909.

Teixeira de Mattos (J.-C.). — Zur Casuistik des prim. Pleura-

endotheliom und ueber Diagnose des Pleurakrebses *Fribourg*, 1894.

Unverricht. — *Zeitsch, f. kl. med.*, 1882, p. 90.

Vidal. — Soc. anat. XXVII.

Vinet (P.). — Du cancer de la plèvre. *Paris, Th. Doct.*, 1883, n° 379.

Volkmann. — *Deutsche zeitsch. f. chirurg.*, XLI.

Wagner. — *Arch. der Helikunde* 1870. et 1874, p. 634.

Weismayr (v.). — Zur Klinik der primæren Neoplasmen der Pleura *Wien u. Leipz. W. Braumüller*, 1897.

Vu : le Président de la thèse
ROGER

Vu : le Doyen,
DEBOVE

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris.
LIARD

TABLE DES MATIÈRES

Introduction 1
Revue historique et critique. 4
Etiologie et Pathogénie. 12
Etude clinique 15
Marche, durée, complications 28
Diagnostic. 31
Etude anatomique. 35
1° Sarcomes. 35
Caractères macroscopiques. 35
Caractères microscopiques. 36
2° Endothéliomes 37
Caractères macroscopiques. 37
Histologie pathologique. 44
Traitement 58
Conclusions 60
Observations. 63
Endothéliomes 63
Sarcomes 114

Mayenne, Imprimerie Ch. COLIN